

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav pro humanitní studia v lékařství

Doktorský studijní program: Lékařská etika

Doktorská disertační práce

Krise jako výzva ke změně kvality života

(v kontextu vztahu lékaře a pacienta ohroženého domácím násilím)

Crisis as a Challenge to the Change of Quality of Life

(in the Context of the Doctor's Relation to a Patient Threatened by Domestic Violence)

Mgr. Tereza Cimrmannová



318010 5982

Školitelka doktorské disertační práce: **Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.**


Praha 2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem doktorskou disertační práci napsala samostatně, výhradně s použitím citovaných pramenů.

V Praze dne 1. března 2010

Tereza Cimrmannová



Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za odborné vedení práce, ochotu a pochopení pro mou potřebu spojovat teorii s praxí. Dále děkuji konzultantovi doc. ThDr. Václavu Venturovi, Th.D., jenž mě po celou dobu provázel a trpělivě vysvětloval zákonitosti studia. Děkuji prof. PhDr. Anně Hogenové, CSc. a prof. ThDr. Josefu Dolistovi, Ph.D., Th.D. za nevšední vstřícnost při zhotovení oponentských posudků a důležité věcné připomínky.

Děkuji také doc. MUDr. PhMgr. Janu Paynovi, PhD., který mě učil trpělivosti a přijímání kritiky.

Děkuji všem, kteří přispěli svým životním příběhem, odbornou zkušeností nebo přátelskou radou.

Děkuji svým nejbližším, jejichž toleranci vzhledem k mým studijním, pracovním a jiným počínům nelze vyjádřit slovy.

Motto:

„To světlo ve tmě svítí a tma je nepohltila.“

J: 1, 5

Tuto práci věnuji všem, kteří přispívají k léčbě
beznaděje.

Anotace

Hlavní linií této práce tvoří problematika krize, kterou lze chápat v jejím původním významu jako zlom, soud, rozhodnutí. Jde o zlomovou, existenciálně významnou situaci, která předjímá existenciální vzestup nebo pád. Důležitou součástí práce je text věnovaný zvládání krize a hlavním protektivním faktorům. Téma krize je dále zasazeno do konkrétního kontextu – domácího násilí. Jde o závažné, eticky relevantní téma, jehož výskyt a řešení souvisí s prioritními hodnotami a atmosférou dané společnosti. Právě v kontextu domácího násilí se dobře ukazují některé jevy, které platí pro zvládání krizí obecně. Počátkem řešení domácího násilí mohou být mezní situace ohrožených osob, teprve v jejich rámci často dochází k větší otevřenosti, pevnému rozhodnutí a ochotě obětovat dosavadní jistoty. Nezbytná je ale sociální opora, jejíž smyslem je hlavně snížit psychickou úzkost, předejít disociativním reakcím a výrazně tak zvýšit naději na zdárné východisko. Specifickou roli vzhledem k řešení domácího násilí zastávají tzv. odborníci prvního kontaktu, např. lékaři. Jaké důvody existují pro to, aby lékaři znali základní principy pomoci v krizi a jednoduchých způsobem tak podpořili naději ohrožených osob na nalezení východiska? Souvisí tato znalost s principy lékařské etiky? Jaký je hlubší význam pojmu „zdraví“ v souvislosti s kvalitou života?

Součástí práce je dotazníkové šetření k tématu vzdělání a péče o duši lékařů a řízené rozhovory s odborníky, kteří přicházejí do kontaktu s ohroženými osobami. Tyto části nejsou těžištěm textu, jejich cílem je ilustrovat naznačené these a jejich realizovatelnost v praxi. Závěrečná část práce je věnována shrnutí zjištěných poznatků, dopadům a námětům pro odbornou praxi.

Klíčová slova:

Krize, výzva, zvládání, domácí násilí, sociální opora, úzkost, naděje, lékař, vzdělání.

Annotation

The question of a crisis, which can be understood in its original meaning as “a turning point, a judgment, or a decision,” constitutes the guideline of this work. The point is that a crisis represents a turning point in life and an existentially significant situation, which anticipates existential rise, or existential fall. An important part of this work consists in a text that deals with coping with a crisis, and the main protective factors. The theme of a crisis is further embedded into the specific context of domestic violence. Crisis is a very serious and ethically relevant theme; its occurrence and solving is related to the preferred values and the overall atmosphere within a society. The context of domestic violence is a good example to demonstrate some of the features valid for coping with a crisis in general. The releasing factor for solving domestic violence can be the limiting situation of a threatened person. People facing a limiting situation very often start to be more open, manage to make firm decisions, and are willing to sacrifice their current certainties. However, social support is necessary in this situation; its purpose rests in reducing psychical anxiety, avoiding dissociative reactions, and consequently improving the prospects for finding a successful solution. A specific role – as far as solving domestic violence is concerned – is played by the so-called “first contact specialists”, e.g. doctors. Why should doctors be aware of the basic principles of crisis intervention and consequently be able to help a threatened person to raise their hope for finding a solution? Is such knowledge related to the principles of medical ethics? What is the deeper sense of the term “health” as far as the quality of life is concerned?

One part of this work also presents an inquiry survey focused on the theme of education and care for the doctor’s soul, accompanied by directed interviews made with specialists who are in touch with threatened people. Although these two parts do not constitute the focal point of this work, their aim is, however, to illustrate the thesis resulting from their work and feasibility in everyday life. The final part of the work presents a summary of the gained results, plus the consequences and suggestions for practical experience.

Key words:

Crisis, challenge, coping, domestic violence, social support, anxiety, hope, doctor, education.

Typografické konvence a jazykové poznámky

Bibliografické citace v této práci se řídí normou ČSN ISO 690-2. Tato norma umožňuje více variant, důležité je uvedení povinných údajů, užití jediné varianty v celé práci (jednotnost) a provázanost se soupisem bibliografických citací. Norma zároveň stanoví povinnost odlišovat bibliografický zápis monografie, sborníku, odborného periodika a elektronické zdroje. Z nepovinných údajů uvádím lokaci v primárním zdroji, a to za účelem snadného dohledávání. Sekundární citace užívám především u obtížně dohledatelných zahraničních výzkumů. Zkratku „Srov.“ užívám tam, kde je zajímavé porovnat text této práce s jiným pramenem (tedy nikoli jako přímou nebo nepřímou citaci).

Pravidla českého pravopisu povolují u některých termínů dvě varianty, např. filosofie/filozofie, these/teze. Užití v této práci se řídí zvyklostmi upřednostňovanými v jednotlivých oborech.

Seznam zkratek

BKB – Bílý kruh bezpečí

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČPS JEP – Česká pediatrická společnost Jana Evangelisty Turkyňe

ČR – Česká republika

KI – krizová intervence

MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, revize 10

MV ČR – Ministerstvo vnitra České republiky

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OSN – Organizace spojených národů

OSPOD – orgán sociálně právní ochrany dítěte

Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Syndrom EAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného seniora

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

OBSAH

ÚVOD	14
I. THESE, CÍLE PRÁCE	16
II. VÝCHODISKA, DEFINICE POJMŮ	17
1. KRIZE A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ	18
1.1 Krize jako zlom, metanoia a katarze	18
1.2 Krize v duševní rovině, frustrační tolerance a coping	20
1.2.1 Frustrační tolerance	22
1.2.1.1 Resilience a její utváření v dětství	23
1.2.2 Zvládání krize - coping	24
1.2.2.1 Krizová intervence, její smysl a cíle	26
1.2.2.2 Coping a vertikální rovina lidského života	27
1.3 Shrnutí vzhledem k thesi	29
2. DOMÁCÍ NÁSILÍ JAKO SPECIFICKÁ KRIZOVÁ SITUACE	30
2.1 Historické souvislosti domácího násilí – počátky odmítání	31
2.1.1 Počátky ochrany práv dítěte	31
2.1.2 Týrání seniorů - latentní téma	32
2.1.3 Násilí na ženách – snahy o zrovnoprávnění	34
2.1.4 Násilí na mužích -TABU téma	35
2.2 Definice, znaky a podoby domácího násilí	36
2.2.1 Syndrom připoutání a disociace	37
2.3 Mýty o domácím násilí	39
2.4 Psychogenní iatropatogeneze (sekundární viktimizace) ohrožených osob	41
2.5 Shrnutí vzhledem k thesi	42
3. SMYSL A KVALITA LIDSKÉHO ŽIVOTA	43
3.1 Smysl života	43
3.2 Kvalita života	45
3.2.1 Well-being jako sporný pojem	46
3.3 Shrnutí vzhledem k thesi	47
4. PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY, INFORMOVANÝ SOUHLAS	48
4.1 Princip non-maleficence	49
4.2 Princip beneficence	49
4.3 Princip autonomie a právo na sebeurčení	49

4.4 Informovaný souhlas	50
4.5 Shrnutí vzhledem k thesi	51
5. HOLISMUS A HOLISTICKÉ PRVKY LÉČBY	53
5.1 Vliv holistického myšlení na přístupy ke zdraví	54
5.2 Medicínské modely a jejich vztah k celku.....	55
5.3 Shrnutí vzhledem k thesi.....	57
III. ZDŮVODNĚNÍ PŘEDLOŽENÉ THESE.....	58
6. KRIZE JAKO VÝZVA KE ZMĚNĚ SMYSLU ŽIVOTA.....	59
6.1 Vybraná filosofická zdůvodnění.....	59
6.2 Psychoterapeutické zkušenosti.....	63
6.3 Hledání smyslu života v tragických situacích	65
6.3.1 Naděje versus iluze a zoufalství.....	67
6.4 Volba a její hranice v akutní psychické krizi.....	69
6.5 Posttraumatický stresový rozvoj jako pozitivní reakce na krizi.....	71
6.5.1 Fáze tvůrčího procesu při řešení krize.....	72
6.6 Kazuistiky.....	73
6. 6. 1 Kazuistika I. – pan R. (holocaust, ztráta rodiny)	73
6. 6. 2 Kazuistika II.- pan J. (vážná nemoc).....	76
6. 6. 3 Kazuistika III. – slečna P. (droga jako náhražka smyslu).....	78
6. 6. 4 Kazuistika IV. – paní N. (domácí násilí)	80
6. 6. 5 Kazuistika V. – paní O.	81
6.7 Shrnutí - krize a naděje v nový smysl života.....	83
7. ZDRAVÍ JAKO CELEK.....	86
7.1 Potřeba holistického přístupu k pacientovi v krizi	87
7.2 Léčba v kontextu – historické kořeny	88
7.2.1 Celostní aspekty léčby ve starověkých kulturách.....	89
7.2.2 Zdraví jako celek ve Starém Řecku.....	90
7.2.3 Léčba v křesťanství - tajemství bolesti	92
7.3 Tělo jako celek – fenomenologie tělesnosti.....	93
7.3.1 Tělesné schéma.....	95
7.3.2 Smysl bolesti v těle	96
7.4 Návraty k léčbě celku – snahy a tendence.....	97
7.4.1 Péče o duchovní potřeby v lékařské praxi	98
7.4.2 Interdisciplinární spolupráce jako nástroj celistvé léčby	99
7.5 Shrnutí vzhledem k thesi.....	100
8. NADĚJE V KONTEXTU DOMÁCÍHO NÁSILÍ – ÚLOHA LÉKAŘE	103

8.1	Východiska syndromu CAN.....	104
8.1.1	Rozhovor s pracovnící Linky bezpečí	105
8.2	Podpora autonomie ohrožených žen	110
8.2.1	Riziko psychogenní iatropatogeneze.....	111
8.2.2	Rozvoj posttraumatické stresové poruchy u ohrožených osob.....	112
8.2.3	Rozhovor s pracovníkem organizace pro ženy ohrožené domácím násilím	113
8.3	Ochrana lidských práv dalších oslabených pacientů	117
8.3.1	Rozhovor s vedoucí služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním	118
8.4	Riziko přenosu ve vztahu lékaře a pacienta.....	124
8.5	Shrnutí vzhledem k thesi.....	125
IV.	DŮSLEDKY, DOPADY, PŘEDPOKLADY USKUTEČNITELNOSTI.....	127
9.	DOMÁCÍ NÁSILÍ – VĚC VEŘEJNÁ ?	128
9.1	Mezinárodní dokumenty reflektující závažnost situace.....	128
9.2	Aktivity ze strany státu (top down)	128
9.3	Příklady dalších projektů a aktivit v ČR	130
9.4	Aplikace principů lékařské etiky do kontextu domácího násilí.....	131
10.	ŠETŘENÍ INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A JEJICH INFORMOVANOSTI O MOŽNOSTECH POMOCI V KRIZI.....	134
10.1	Vymezení problémů šetření.....	134
10.2	Cíle a úkoly šetření	135
10.3	Metody šetření	135
10.4	Metodika šetření.....	136
10.5	Výsledky šetření a jejich interpretace I. – charakteristika vzorku praktických lékařů	137
10.6	Výsledky šetření a jejich interpretace II. – charakteristika vzorku pracovníků KI	140
10.7	Výsledky šetření a jejich interpretace.....	144
10.8	Shrnutí šetření.....	175
ZÁVĚR	178
SHRUTÍ	180
SUMMARY	186
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	190
SEZNAM PŘÍLOH	200

Úvod

Krise jako fenomén prolíná dějinami lidstva a je jí věnován nemalý prostor v písemnictví. Původní filosofické koncepty vždy „ožívaly“ v období vyhrocených společenských nepokojů, válek a chudoby. Ani v podmínkách materiálního dostatku však krize z lidského života nemizí. Otázky po jejím smyslu zůstávají stále aktuálním tématem. Pojem krize v této práci chápu jako období či přímo moment lidského života, jenž v sobě skrývá potenciál nesmírné existenciální váhy, zásadní životní změnu v podobě nalezení nového životního smyslu na jedné straně nebo fatálního ztroskotání na straně druhé. Zvládnutí krize a další životní směr závisí na mnohých proměnných, jejichž zkoumání je nosným tématem současné vědy. Krize je fenoménem multidimenzionálním, což se do značné míry odráží také v této práci.

V minulosti jsem se již zabývala studiem krize, jejím zvládnutím a krizovou intervencí. I v tomto textu tvoří problematika krize hlavní tematickou linii práce. Postupně jsem však dospěla k tomu, že její zkoumání vyžaduje ukotvení v některém z konkrétních kontextů. Zvolila jsem ten, který jsem měla možnost poznat během své praxe v psychosociální sféře. Jde o oblast domácího násilí, živnou půdu pro rozvoj mnoha mezních situací souvisejících s dynamikou mezilidských vztahů. V intimním prostředí rodiny, mezi životními partnery, v rámci péče o děti i stárnoucí rodiče se fenomén krize ukazuje se zvláštní naléhavostí. Motivací k volbě tohoto tématu jsou též otázky, které se objevovaly v průběhu mé přednáškové činnosti o obou jevech: krizi a domácím násilím. Bylo překvapivé, že tato témata se mnohých posluchačů týkala, a to ve vzájemné provázanosti. Některé výpovědi byly posléze nepřímým důkazem toho, že i ztráta důstojnosti a sebeúcty může být výzvou k pozitivní změně. Za jakých podmínek však lze tuto výzvu naplnit, co přispívá k této změně?

Domácí násilí je specifickou krizovou situací, která vyvolává existenciální otázky. Jde nejen o téma historické, ekonomické, psychologické. Především v souvislosti s volbou ve zlomových situacích, respektive s často bezradnými pokusy najít nový smysl života, jde o téma veskrze etické. Velmi blízce se dotýká etiky lékařské. Lékař jako odborník, s nímž se zasažená osoba setkává, může výraznou měrou přispět k obnovení naděje ve znovunavrácení důstojnosti a kvality života, dodat odvahu k vnímání vlastního zdraví jako celku. Naše tělo není pouhým nástrojem ve smyslu sóma, ale zrcadlí existenciální aspekty bytí. V historii byl lékař nositelem duchovního poslání, mnohem více tak dokázal vnímat člověka jako celek biologických, psychosociálních a duchovních entit. V současné

době je úloha lékařů redukována na mechaničtější, kauzálně zaměřené postupy. Tato práce si neklade za cíl restaurovat úlohu lékaře po vzoru jeho historických předchůdců. Smyslem textu je spíše poukázat na to, že i dnes existují dostupné způsoby, jimiž lze nepřímo ovlivnit existenciální rovinu pacientova života a jeho zdraví jako celek. V praxi se bohužel stává, že právě lékař jedná v zásadním rozporu se základními metodami pomoci, které situace domácího násilí vyžaduje. S odvoláním na princip autonomie pacienta anebo nevědomky se dopouští porušení principu non-maleficence, respektive sekundárního traumatu se závažnými důsledky.

Zatímco v zahraničí bývá samozřejmostí mezioborová, týmová spolupráce, kdy je lékař v živém kontaktu s psychologem, sociálním pracovníkem, duchovním a dalšími specialisty, v České republice tato praxe běžná není. Jak naznačuje šetření, jehož respondenty byli praktičtí lékaři, častější je bohužel intuitivní, neodborné řešení situace. Na vzdělání lékařů nad rámec jejich medicínských znalostí bohužel nezbyvá mnoho času ani financí. Další vzdělávání lékařů je sice formulováno jako povinnost, ta však může být z mnoha pochopitelných důvodů plněna spíše formálně. Situace není beznadějná, v současné době je podporováno několik opatření, která by mohla neblahou situaci změnit.

V rámci poradenské práce se setkávám s kazuistikami těch, kteří se dokázali „ze začarovaného kruhu“ domácího násilí vymanit, mnohem častěji ale slýchám kazuistiky děsivé. Domácí násilí se skutečně netýká jen osob nezodpovědných, neschopných, hloupých. Oběťmi i násilníky se stávají i lidé vzdělaní a úspěšní, mezi nimi lékaři, právníci, soudci, učitelé, jejich děti i rodiče. Především na akademické půdě by mohlo dojít k hlubší analýze některých eticky laděných momentů jevu, který se ve společnosti transgeneračně šíří a stává se ventilem agresivních jedinců zaměřených pouze na vlastní uspokojení. Domácí násilí, které významným způsobem ovlivňuje zdraví jednotlivců a celé společnosti, je bagatelizováno, tolerováno, tajeno. Změna myšlení v této věci může mít dalekosáhlé pozitivní dopady.

Tato práce si neklade za cíl formulaci jasných, zcela konkrétních odpovědí a návodů. Rámec lékařské etiky přesahují nesčetné otázky po smyslu toho, proč je člověku souzeno čas od času dopadnout „na dno“. Smyslem textu také není motivovat k tomu, abychom těžké situace a krize sami vyhledávali. Mnohé z nich nejspíš vstoupí do života nezávisle na naší vůli. Pokud se tak stane, můžeme se odvážit je uchopit tvořivě, tázat se po hlubším smyslu a naslouchat jejich poselství.

I. These, cíle práce

Hlavním cílem této práce je zdůvodnění následující these:

Těžištěm úspěšného zvládnutí krize je obnovení ohniska naděje, které je u osob ohrožených domácím násilím podporováno především pomáhajícími prvního kontaktu, tedy i lékaři.

Dílčí cíle práce:

Text bude členěn do tří navazujících částí. Nejprve uvedu východiska a vymezím stěžejní a související pojmy, nastíním kontexty jejich vzniku a poznatky, bez nichž by nebylo možné uvedenou thesei hájit. Stěžejní pojmy (pilíře textu) budou uvedeny v samostatných kapitolách, jejichž obsahem nebude vědecká analýza, ale pouze stručné vymezení vzhledem k intencím této práce. V hlavní části se pak pokusím uvést důvody a důkazy na obhajobu these, kapitoly již budou obsáhlejší, informačně bohatší. Zjištěné poznatky doplním kazuistikami a výpověďmi osob, které závažné krize řešily, a zkušenostmi odborníků, kteří se s ohroženými osobami dostávají do přímého kontaktu. V další části se budu věnovat dopadům předložené these, její uskutečnitelnosti v praxi a rozporům, které navzdory formálně proklamovanému odmítání domácího násilí ve společnosti přetrvávají. V rámci komunikace navázané s praktickými lékaři a pracovníky krizové intervence se pokusím formulovat podpůrné faktory i další rizika uskutečnitelnosti předložené these.

Text je zcela vědomě mezioborově zaměřen. Analýza pojmu „krize“ nesmí postrádat formulaci etymologických a filosofických východisek, téma se bytostně dotýká samé podstaty bytí a smyslu života. Práce však není a vzhledem ke vzdělání autorky ani nemůže být veskrze filosofická, text se především ve své druhé polovině „přelévá“ do roviny aplikované etiky s využitím poznatků empirických věd. Proto budou v různých částech textu užity metody normativní i deskriptivní (hermeneutická metoda, analýza a syntéza, indukce a dedukce). Za účelem sběru informací a dat jsem užila metodu kvantitativní (dotazník) a kvalitativní (narativní rozhovor, semistrukturovaný rozhovor, pozorování), v komentářích šetření pak metodu konstitutivní a korektivní.

II. Východiska, definice pojmů

1. Krize a její zvládání

„A přece se od nejstarších dob vždy znovu opakuje stejné drama, kdy člověk snímá masku, a potom přichází rozjasnění, které je odleskem svobody.“

Ernst Jünger

Fenomén krize prolíná snad celým filosofickým myšlením. V těchto textech je však krize vymezována v přímé souvislosti s jejím existenciálním významem, je zde bezprostředně popsán potenciál, který v sobě krize nese. Proto se filosofickému vymezení a jejímu smyslu podrobněji věnuji v šesté kapitole, zde uvedu hlavně význam etymologický a doplním jej definicemi krize z hlediska duševního zrání osobnosti.

Krize vždy souvisí s psychickou zátěží. Díky moderním psychologickým metodám lze lépe chápat dynamiku krizí osobního, existenciálního rázu. V této souvislosti existuje a stále vzniká množství teorií. Obecně se shodují v tom, že je extrémně ambivalentní situací s významným potenciálem pro další život člověka. Definice psychologů a psychoterapeutů často vyjadřují podstatu krize v duchu jejího původního významu, jen s použitím odlišné terminologie. Tento fakt může být podnětem k zamyšlení, zda je na místě vnímání různých oborů a metod (zde filosofie a psychologie) jako vzdálených nebo protichůdných.

Analyzovat psychologické mechanismy zvládání krize není primárním cílem práce. Bez uvedení proměnných, které ovlivňují zdárné překonání a následné vytěžení z krize, by však tato práce nemohla být celistvá. Zvládání krize je dáno multidimenzionálně, velmi blízce se dotýká především noetických postojů člověka, jeho duchovního založení a světonázoru. Proto uvedu poznatky, které se týkají také vertikály lidského prožívání v souvislosti se zvládáním krize.

1.1 Krize jako zlom, metanoia a katarze

Chápání pojmu krize v této práci odpovídá významu řeckého *krísis*, tj. soud, rozsudek nebo rozhodnutí ve smyslu třetí fáze klasického řeckého dramatu. V tomto přechodném stádiu je extrémně vyostřeno dějové napětí, proměna vrcholí a chystá se volba.¹ Olšovský definuje krizi jako rozhodnutí mezi různými cestami či jako otázku, zda se jedinec v krizi rozhodne pro cestu pravdy. Pouze pravdivé myšlení může být východiskem z krize. „Krize

¹ SOKOL, J. *Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů*. Praha: 1998, s. 317.

je tak bytostnou možností obnovy a sebeobnovy, možností vyjití ze zapomenutosti bytí.“² Obecněji přibližuje Kratochvíl krizi jako těžkou dobu, rozhodující okamžik, svízelný stav nebo ideový zmatek.³ Rejzek uvádí i význam spor, zápas nebo třídění.⁴

Na 13. sympoziu o lékařské etice byla krize vymezena jako situace, která nastává v případě nepoměru mezi nároky světa a možnostmi člověka, který ještě není schopen patřičně reagovat. Potom je nutno, aby daný člověk transformoval svůj vztah ke světu.⁵ Na 17. sympoziu o lékařské etice byla krize definována jako situace, kdy se člověku zhroutí všechny dosavadní prostředky, jimiž dosahoval svých cílů. Aby mohl dále žít, musí své cíle změnit. Pomyslným cílem je smysl života s novým obsahem. S tím je však spojena nutnost volby, nutnost opustit dosavadní smysl života a hledat jiný (čekat na jiný). Dva smysly života mít nelze, nelze se vydat současně po dvou cestách. Krize není způsobena náhodou, „vrtochy bohů“ ani hříšností, ale chybným soudem.⁶ Zde se nabízí otázka: Může člověk záměrně páchat zlo? Tento problém se pojí s termínem „akrasie“, který je analyzován v dostupné literatuře.⁷ Bylo by velmi obtížné definovat pojem „smysl“ – duchu této práce nejvíce odpovídá vymezení Zdeňka Neubauera: „Smysl je vnitřním poukazem k celkovosti. Věc svým smyslem poukazuje k celku souvislostí; její bytí spočívá v tom, že se v ní svět sebírá jedinečným způsobem v jednotu. V pochopení ztrácí jsoucnou svou masivní, nahodilou konkrétnost; „zprůhlední“ a změní se v křižovatku blízkých a vzdálených poukazů ke všemu, s čím co do smyslu souvisí.“⁸ Smyslu a kvalitě života je dále věnována kapitola třetí.

Vrcholem řeckého dramatu je katarze. Řecké kátharsis znamená očištění, osvobození, zbavení viny (katharós - čistý, zdravý, volný).⁹ Některé slovníky stručně definují katarzi jako duševní očistu.¹⁰ Katarzi jako očištění znali již pythagorejci, Empedokles a Herakleitos. Platón se zabýval katartickým účinkem slova – to mělo očistný účinek tehdy, když člověku pomohlo, aby sám sebe poznal a vytvořil si o sobě mínění. Krásné slovo vzbuzuje v pacientovi sófrosyné.¹¹ Ve svých dílech (Poetika, Politika) se však katarzi

² OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filosofických pojmů současnosti*. Praha: 2005, s. 100.

³ KRATOCHVÍL, J. *Filosofický slovník*. Brno: 1937, s. 246.

⁴ REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. Voznice: 2001, s. 313.

⁵ KOUBA, P. *Krize jako katastrofická situace* (přednáška na 13. sympoziu o lékařské etice – Etika a krize). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL I. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 2. 6. 2005.

⁶ PAYNE, J. *Metanoia coby proměna mysli* (přednáška na 17. sympoziu o lékařské etice – Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL I. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.

⁷ PAYNE, J. *Odkud zlo*. Praha: 2005, s. 120 – 227.

⁸ NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Praha: 2001, s. 17.

⁹ REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. Voznice: 2001, s. 268.

¹⁰ HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník*. Praha: 1967, s. 237.

¹¹ ENTRALGO, L. P. *Nemoc a hřích*. Praha: 1995, s. 37.

nejvíce věnoval Aristoteles. Domníval se, že umění, zvláště pak hudba a divadlo, vyvolávají v člověku silné city, které mají očištný vliv, zušlechťují duši a osvobozují ji od záporných vášní.¹² Zajímavý výklad starořecké tragédie podal Viktor von Weizsäcker. Pokládal ji za sakrální prostředek, předkřesťanskou podobu vykoupení. Tím, že člověk v divadle prožije tragédii, v duchu realizuje „bezpodmínečnost přirozeného a mravního zákona“. Zatímco v běžném životě se kompromisy ve jménu snesitelného života této bezpodmínečnosti vzdaluje, paradoxně se tak stává zranitelnějším.¹³ Vnímání katarze je různé, její význam může být fyziologický, obecně náboženský, etický i psychologický (v psychoanalýze je smyslem katarze odreagování patogenních afektů nebo integrace vytěsněných prožitků).¹⁴ V křesťanském kontextu je jednou z podob katarze tělesná nemoc, přičemž utrpení v nemoci může očišťovat od hříchu.¹⁵

Součástí katarze je změna mysli, zvaná metanoia. Machovec ji překládá také jako vnitřní přerod nebo činění pokání.¹⁶ Jde o pohyb uvnitř člověka, jakési procitnutí, úzce související s platónským pojmem paideia ve smyslu péče o duši, dotýkání se pravdy jsoucího.¹⁷

1.2 Krize v duševní rovině, frustrační tolerance a coping

Systematickými výzkumy krize se začal ve čtyřicátých letech dvacátého století zabývat Erik Lindemann, jeho úvahy prohloubil Gerald Caplan.¹⁸ Kritická životní údobí pak zpracoval Erik Erikson.¹⁹ Krize však nepřestala být předmětem bádání ani později, na přelomu druhého a třetího tisíciletí u nás i ve světě. V psychiatrii a lékařské psychologii byl termín „krize“ postupně naplněn sociálním obsahem, což odpovídá nynějšímu chápání zdraví a nemoci v rámci koncepce jednoty člověka jako celistvé bytosti.²⁰ K sebeotevření v krizi totiž často dochází skrze vztah k druhému člověku, týká se člověka v jeho celistvosti, včetně jeho vztahů s okolím.²¹ Je jedním ze zdrojů růstu a vývoje

¹² BENDLOVÁ, P. *Stručný filosofický slovník*. Praha: 1966, s. 212.

¹³ VON WEIZSÄCKER, V. Čtyři přednášky o zásadách psychagogie se zřetelem k jejím biologickým a ontologickým základům. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.). Praha: 2003, s. 130.

¹⁴ KOLEKTIV AUTORŮ. *Filosofický slovník*. Olomouc: 1998, s. 208–209.

¹⁵ VENTURA, V. Kulturně náboženská předporozumění zdraví a nemoci. In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne, J. a kol. Praha: 2002, s. 43.

¹⁶ MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*. Praha: 2006, s. 70.

¹⁷ PELCOVÁ, N. *Filozofická a pedagogická antropologie*. Praha: 2004, s. 25.

¹⁸ CAPLAN, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: 1961.

¹⁹ ERIKSON, E. *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: 1973.

²⁰ KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: 1998, s. 27.

²¹ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 159.

v mezilidských vztazích (např. v souvislosti s partnerstvím, manželstvím a rodičovstvím), vede ke společnému zranění.²²

Zakladatel modelu krizové reakce G. Caplan uvádí definici krize velmi podobnou té, která byla vznesena na 13. symposiu lékařské etiky: „Krise vzniká, když se člověk na cestě za důležitými životními cíly setká s takovou překážkou, kterou v určitém čase není schopen překonat obvyklými metodami řešení problémů.“²³ V krizi je každý subjekt, který svůj stav vnímá jako ohrožení vlastní existence a potýká se s oslabením svých regulativních mechanismů. Tento subjekt je nucen jednat a nalézat řešení.²⁴

Krise představuje subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny. Jedná se o změnu individuální, která je doprovázena přerušáním kontinuity prožívání i jednání a destabilizací v emocionální oblasti.²⁵ Značí bod, z něhož se dění ubírá buď příznivým nebo nepříznivým směrem.²⁶ Krize jako taková však není nemocí ani patologickým stavem. Člověk se s ní během svého života setkává přirozeně, jde o část kontinua lidského života.²⁷

Krise je procesem, jehož fáze mají zákonitou posloupnost, na duševní rovině jsou charakteristickými znaky nesnesitelná úzkost a dezorientace. V první fázi jedinec pocítuje ohrožení, reaguje úzkostí a aktivizuje obvyklé vyrovnávací mechanismy. Pokud tyto mechanismy nepostačují, zvyšuje se zranitelnost a nedostatek kontroly nad situací. Dále obvykle dochází k pokusům krizi předefinovat a obnovit stávající vyrovnávací mechanismy. V této fázi se lidé obvykle obracejí na odbornou pomoc, kontaktují krizové interventy. Pokud dojde ke čtvrté fázi, projevuje se závažnou dezorganizací, úzkostí až panikou, tento stav doprovázejí hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. Zorné pole člověka je velmi zúžené, dochází ke ztrátě náhledu na situaci.²⁸ Úkolem krizového intervanta je snížit tuto úzkost a pomoci navázat s krizí kontakt. Pokud k tomuto kroku nedojde, hrozí tzv. syndrom psychického ohrožení. Jde o stav, kdy daný člověk nemusí „unést“ silné psychické prožitky často doprovázené pocitem viny. Obvykle se snaží těmito prožitky uniknout, ať už prostřednictvím derealizace, disociace nebo regrese, v extrémním případě pak suicidiálním jednáním. Jednou z forem úniku je tzv. útěk do nemoci nebo ztráta vědomí. V této fázi obecně hrozí propuknutí duševního nebo

²² VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: 2003, s. 288.

²³ CAPLAN, G. *Duševné zdravie v rodine a spoločnosti*. Bratislava: 1970, s. 224.

²⁴ THOM, R. Krize a katastrofa. In *Pojem krize v dnešním myšlení*. Praha: 1992, s. 25.

²⁵ RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. Praha: 2000, s. 432.

²⁶ VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: 1995, s. 42.

²⁷ GOLAN, N. Crisis Theory. In *Social Work Treatment*. Turner, F. J. (ed). London: 1979, s. 500–501.

²⁸ Caplan, G. cit. dle VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: 2002, s. 39.

somatického onemocnění.²⁹ Další psychologické poznatky (typy krize, příčiny aj.) jsou podrobně popsány v knihách D. Vodáčkové, N. Špatenkové nebo Vereny Kastové.³⁰

1.2.1 Frustrační tolerance

Míra snesitelnosti neuspokojených životních potřeb je individuální. V psychologické literatuře je označována pojmem frustrační tolerance. Jde o hranici, po níž je jedinec schopen zvládat napětí, aniž by bylo zkresleno jeho vnímání a byly vyvolány maladaptivní reakce.³¹ Pro vysokou míru odolnosti vůči zátěži a schopnost rychlé regenerace sil se užívá pojem vitalita. Vitální jedinec se nenechá odradit dílčími neúspěchy, neprobouzejí v něm chaotické a impulsivní reakce. Spíše hledá stále nové možnosti řešení. Tato schopnost se snižuje při nedostatku spánku, nadměrném pracovním vypětí, zhoršeném zdravotním stavu nebo nadužívání návykových látek.³²

Vymětal uvádí základní osobní charakteristiky, které utvářejí frustrační toleranci člověka.³³ Patří k nim autonomie (schopnost samostatně se rozhodovat, osobnostní pevnost), autenticita (opravdovost, schopnost pravdivého sebepoznání), identita (celistvost osobnosti a vědomí sounáležitosti sám se sebou i s druhými), pevný hodnotový systém a noetický postoj (stupeň pochopení světa, pocit bezpečí v něm). Čačka zdůrazňuje také zdravotní stav a věk, přičemž citlivé je hlavně období dospívání a stáří.³⁴ K dalším důležitým proměnným patří délka trvání zátěže, její opakování, důležitost frustrovaných potřeb a v neposlední řadě zkušenost s daným problémem. Vysokou frustrační toleranci disponují vyzrálé osobnosti s realistickým vztahem ke světu a uceleným hodnotovým systémem.³⁵

Významnou proměnnou v souvislosti s formováním frustrační tolerance v dětství jsou emoční vztahy v rodině, pocit jistoty a bezpečí dítěte a typ výchovného řízení. Kladný emoční vztah k dítěti v kombinaci se středním výchovným řízením posiluje psychickou stabilitu dítěte a jeho odolnost vůči zátěži. Psychicky málo odolní jedinci vyrůstají v rodinách se záporným emočním vztahem a slabou nebo rozpornou výchovou.³⁶

²⁹ VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: 2002, s. 40–41.

³⁰ ŠPATENKOVÁ, N. *Krise – psychologický a sociologický fenomén*. Praha: 2004, s. 17–19., KASTOVÁ, V. *Krise a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 23 – 26.

³¹ ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti*. Brno: 1998, s. 63.

³² MACHAČ, M. a kol. *Duševní hygiena a prevence zátěže*. Praha: 1984, s. 46.

³³ VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: 1995, s. 25.

³⁴ ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti*. Brno: 1998, s. 66.

³⁵ HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Praha: 1972, s. 236 – 241.

³⁶ ČÁP, J. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Příbram: 1996, s. 112.

Pro zdravý vývoj jedince je důležité bezvýhradné přijetí druhými, které je obvykle uskutečňováno v rodině.³⁷ V případě dospělých osobností, které se dokázaly vyrovnat s traumatickou událostí a dostaly se tak na vyšší úroveň, je velmi pravděpodobné, že se zvyšuje jejich odolnost. Objevuje se tzv. psychologická připravenost (psychological preparedness) a je méně traumatizován, pokud další těžké situace přijdou. Psychickou odolnost lze posílit i skrze utrpení.³⁸ Longitudinální studie týkající se pacientů, kteří žijí po léčbě závažného onemocnění nebo válečných veteránů ukazují, že lidé, kteří se dokázali vyrovnat s krizí, vykazují vyšší odolnost v budoucím životě nežli jejich vrstevníci, kteří trauma neprožili.³⁹

1.2.1.1 Resilience a její utváření v dětství

Resilience svého nositele predisponuje k odolnosti vůči nepříznivým okolnostem a ke schopnosti se těmto okolnostem přizpůsobit (adaptabilitě). Ve starší literatuře se užíval spíše pojem invulnerabilita. Resilience je dynamickým jevem ovlivňovaným interindividuálně a situačně, podléhá vývoji v čase. Lze ji cíleně cvičit a kultivovat.⁴⁰ V anglicky mluvícím prostředí je dokonce resilience definována jako „dynamický proces, kterým jedinec dosahuje pozitivní adaptace při vystavení nepřízni“.⁴¹

Resilience se utváří od raného dětství a v literatuře již byly popsány tzv. protektivní faktory u dětí. V zásadě existují tři skupiny těchto faktorů:⁴²

- alespoň průměrné kognitivní dovednosti a sociabilní jednání vyvolávají vstřícnou reakci
- vřelé vazby s dospělými (půda pro rozvinutí autonomie, důvěry, iniciativy)
- schopnost navazovat kvalitní kontakty s okolím (škola, zájmové skupiny)

Ke konkrétním projektivním faktorům u dětí patří: empatie, inteligence, schopnost kooperace, smysl pro humor, pozitivní sebepojetí a pocit osobnostní síly (powerlessness).⁴³ Rizikové faktory naopak resilienci u dětí snižují: chudoba, psychopatologický rys některého z rodičů, chronická choroba rodiče, vážné dětské choroby, závažné neshody

³⁷ VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: 1995, s. 32.

³⁸ Janoff-Bulman, R. cit. dle MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 3, s. 282.

³⁹ Elder, E. C., Clipp G. H. cit. dle tamtéž, s. 282.

⁴⁰ ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 10.

⁴¹ Lutharová, S. cit. dle ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 12.

⁴² Wernerová, E., Smith, R. cit. dle ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 30.

⁴³ Garnezy, N. cit. dle ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 31.

v rodině, narození sourozence do dvou let věku dítěte, přítomnost sourozence s postižením nebo problémovým chováním.⁴⁴

Koukolík a Drtilová uvádějí další rizikové jevy v životě dítěte: závislosti rodičů, kriminální chování rodičů, zneužívání dítěte, násilí v rodině, nízká inteligence rodičů aj. Snaží se však zabránit dojmu, že by výskyt těchto faktorů musel nutně znamenat poškození dítěte. V této souvislosti popisuje faktory salutogenní, které jsou dány jak geneticky, tak vlivem prostředí: vysoká míra energie, dobrá kontrola impulsivity, tvořivost, autonomie, hluboký vztah k rodiči (event. jinému dospělému), jasná pravidla soužití v rodině, otevřenost v rodině, matka pracující mimi domácnost.⁴⁵

Protektivní i rizikové faktory u dětí jsou analyzovány v citované literatuře. Je však nutné podotknout, že tyto položky jsou uváděny bez patřičného kontextu, jsou výsledkem statistických metod. Z praxe je známo mnoho kazuistik, kdy právě výše uvedené rizikové položky byly v určitém kontextu protektivní (např. společný život s handicapovaným sourozencem může přinášet zážitky formující osobnost pozitivním způsobem – zde záleží především na přístupu rodičů). Proto je třeba se vyvarovat ukvapených determinací bez ohledu na individuální příběh.

1.2.2 Zvládání krize – coping

Termín „coping“ se v moderní psychologii užívá pro zvládání zátěžových situací a krizí, především vědomou volbou určité strategie. Jde o vysoce interakčním procesem, v jehož rámci se jednotlivci snaží pochopit požadavky života a vypořádat se s nimi.⁴⁶ Mezi faktory ovlivňující coping patří osobnostní charakteristiky daného jedince a tzv. strategie zvládání, které se utvářejí od raného dětství a osvojují sociálním učením. Adekvátní stupeň výchovné regulace chování dítěte a preference jeho samostatnosti působí pozitivně, opačně je tomu v případě nadměrné ochrany dítěte (tzv. skleníková výchova) nebo naopak přílišné tvrdosti.⁴⁷ Copingové strategie se projevují na fyziologické, emoční a myšlenkové rovině. „Jde o pestrou směs geneticky podmíněných pudových, emočních, zkušenostních, kognitivních i strukturálních osobnostních aspektů, které jako celek ovlivňují chování při krizi.“⁴⁸

⁴⁴ Werner, E. E. cit. dle ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 28.

⁴⁵ KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouza depravantů*. Praha: 2006, s. 240.

⁴⁶ PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping*. London: 1997, s. 82–89.

⁴⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: 2001, s. 116–117.

⁴⁸ KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: 1998, s. 56.

Bonnano zkoumal příběhy lidí, jejichž krize byla vyvolána úmrtím blízké osoby. Uvádí, že potenciál člověka zvládnout takto těžké situace je mnohem vyšší, než se vědci původně domnívali.⁴⁹ Předmětem mnoha výzkumů se staly konkrétní osobnostní charakteristiky dospělých, které pomáhají k pozitivnímu vyústění z krize. Patří k nim například:⁵⁰

- vnímaná osobné zdatnost (úzce souvisí s kvalitou života)
- optimismus a pozitivní afektivita
- kladné sebehodnocení, sebedůvěra
- svědomitost
- pocit smysluplnosti života
- smysl pro humor
- sociální opora

Jakkoli se položky v případě různých studií spíše podobají nežli zcela shodují, tzv. sociální opora je obecně považována za významně protektivní vliv. „Sociální opora byla jedním z prvních faktorů, které byly identifikovány jako faktory moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka.“⁵¹ Protektivní úlohu sociální opory vzhledem ke kvalitě života a zdraví dokládá většina provedených studií. Lidé s rozvinutými sociálními vazbami jsou fyzicky i psychicky zdravější a žijí déle.⁵² Negativní stránkou může být větší riziko ztrát a problémů, které vycházejí z mezilidských vztahů.⁵³ Vhodným příkladem jsou výsledky studie Framington Heart Study, které prokazují souvislost kardiovaskulárního onemocnění žen, jež postrádaly sociální oporu ve své rodině.⁵⁴ Jako protektivní jsou hodnoceny spíše menší sociální sítě se silnými vazbami.⁵⁵ V ČR téma sociální opory analyzoval např. Jaro Krivohlavý.⁵⁶

⁴⁹ Bonnano, G. A. cit. dle ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 57.

⁵⁰ KRIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: 2001, s. 126.

⁵¹ ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: 2009, s. 63.

⁵² Berkman, L. F., Breslow, L. cit. dle ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999, roč. 43, č. 1, s. 19–38.

⁵³ Thoits, P. A. cit. dle tamtéž, s. 19–38.

⁵⁴ Kannel, W. B. cit. dle tamtéž, s. 19 – 38.

⁵⁵ Schwarzer, R., Leppin, A. cit. dle tamtéž, s. 19 – 38.

⁵⁶ KRIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: 2001, s. 93–110.

1.2.2.1 Krizová intervence, její smysl a cíle

Deklarace OSN č. 40/34, která pojednává o principech spravedlnosti pro oběti zneužívání, uvádí jako svůj první bod praktickou krizovou pomoc – krizovou intervenci.⁵⁷ „Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování.“⁵⁸ Odborná pomoc je aktuální tehdy, pokud již nepostačují svépomocné vyrovnávací strategie ani pomoc rodiny a přátel. Doporučuje se, aby ji jedinec vyhledal v případě, kdy je ovládán úzkostí natolik, že hrozí maladaptivní reakce organismu. Podmínkou k autonomní volbě v krizi je totiž zvládnutí této úzkosti, která omezuje rozhodování. Cílem krizové intervence není krizi hned zažehnat, eliminovat všechny její projevy, ale pomoc klientovi navázat s krizí vědomý kontakt a zpřehlednit situaci. Krizová intervence je postupem vedoucím k obnovení svépomoci.⁵⁹ Je třeba podpořit kompetence jedince v krizi, aby sám vytvářel svůj životní smysl.⁶⁰

Hlavní rozdíl mezi krizovou intervencí a psychoterapií je v časovém rámci. Krizová intervence je spíše akutní záležitostí, kdy se pracuje především s přítomností (zklidnění, snížení úzkosti pomocí technik práce s tělem, zpřehlednění situace – možnost autonomní volby). V literatuře nepanuje terminologická shoda v používání pojmu „krizová intervence“. Jde pouze o vysoce kvalifikovanou pomoc těch, kteří jsou absolventy výcviku v krizové intervenci, nebo je možné pojem používat v případě všech pomáhajících, když se klient (pacient) dostane do akutní psychické krize a je nutné bezodkladně jednat? V praxi se v každém případě dějí situace, kdy je nutno použít alespoň elementární znalosti a techniky krizové intervence a pomáhající profesionálové různých specializací by je měli znát. K potřebným schopnostem patří také poznat, kdy je nutno zavolat emergentní krizovou službu.

⁵⁷ Deklarace OSN č. 40/34, o základních principech spravedlnosti pro oběti trestných činů a pro oběti zneužívání moci. [online]. © 2010, posl. aktualizace 12. 4. 2009 . [cit. 24. 4. 2009]. Dostupné z: <http://web.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2005/rovnost/rovnost5.pdf>.

⁵⁸ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2002, s. 60.

⁵⁹ VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: 2002, s. 59.

⁶⁰ KAST, V. *Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten*. Freiburg, Basel, Wien: 2005, s. 175.

1.2.2.2 Coping a vertikální rovina lidského života

„Podobně jako bouřka malý oheň uhasí, ale velký ještě roznlítí, bude slabá víra na základě katastrofy oslabena, zatímco silná víra z ní vzejde jako silnější.“

La Rochefoucauld

Téma copingu nelze redukovat pouze na horizontální rovinu, souvisí s duchovním zakotvením člověka. Spirituální směřování člověka je empiricky obtížně uchopitelná, některá zkoumání však byla provedena v oblasti psychologie náboženství. V průběhu 20. století se začali vědci z řad psychologů i lékařů soustavně zabývat jejím výzkumem pomocí běžných statistických šetření a analýz. Je však pravděpodobné, že ani vliv určité náboženské víry nelze stanovit pomocí empirických metod. Provedené výzkumy jsou pouze zajímavým nástinem vlivu náboženské víry, resp. spirituálního směřování, na zvládání těžkých životních situací, ať už se jedná o vliv kladný nebo záporný.⁶¹

„Výrazem potřeby člověka po celistvosti v životním procesu je oddanost myšlenke nebo cíli, který převyšuje člověka. Přitom se nejedná o rozhodnutí zda mít či nemít ideály, ale o svobodnou volbu jakéhokoli ideálu.“⁶² Člověk v obtížné životní situaci si volí mechanismy zvládání podle těch možností, které mu jsou dostupné a blízké. Pokud tedy jedinec žije v duchu jakéhokoli ideálu, přirozeně se jím nechává usměřňovat. Zážitek nesnesitelného stresu v krizi dává poznat skryté možnosti, může se stát podnětem k probuzení duchovní dimenze.⁶³ Zde je třeba dodat, že právě zážitek utrpení, někdy i ztráty lidské důstojnosti, může být naopak důvodem k popření existence Boha. Citát v úvodu této části zůstává spíše podnětem k zamyšlení, s ním i otázka, co je to slabá nebo silná víra? Frankl však ve svých dílech dokládá, že i v těch nejnuznějších podmínkách může být náboženská víra vroucí. Vězni, kteří nově přicházeli do koncentračního tábora, bývali překvapeni hloubkou náboženského prožívání zde. Výjimečné nebyly ani improvizované bohoslužby nebo modlitby, které se konaly v temných koutech tábora nebo v dobytčích vagónech cestou na pracoviště.⁶⁴

Cíle náboženství mohou být blízké psychoterapeutickým cílům (vnitřní pokoj, harmonie, sebepoznání). Jung dokonce nazýval náboženství psychoterapeutickým systémem. Kleniv a Larson provedli desítky výzkumů, v nichž vypovídají o následující

⁶¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: 2001, s. 158.

⁶² FROMM, E. *Psychoanalýza a náboženství*. Praha: 2002, s. 35.

⁶³ PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping*. London: 1997, s. 212–214.

⁶⁴ FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 35.

skutečnosti: religiózní lidé jsou šťastnější, méně úzkostní a depresivní, méně užívají návykové látky, svůj život prožívají jako celkově smysluplnější, proto méně suicidují.⁶⁵ Věřící bývají v náročných obdobích v lepších emocionálním stavu než nevěřící (méně propadají vlivu nejrůznějších obav). Statisticky méně často užívají strategii vyhýbání se konfrontaci s problémem.⁶⁶ Pargamentovy studie však ukazují, že pouze zvnitřnělá (intrinsická) víra pozitivně ovlivňuje chování člověka v mezních situacích. Hluboce zakořeněný systém náboženské víry v kombinaci s tzv. spolupracující metodou (konání možného maxima a současné svěřování se Bohu) patří k efektivním způsobům copingu. Za těchto podmínek se krize jeví jako méně ohrožující a probouzí v člověku tendenci hledat hlubší význam.⁶⁷ Zvnitřnělý typ náboženské víry významně koreluje s úspěšným zvládáním krizí a s celkovou kvalitou života.⁶⁸ Ke vzniku mírných i velice závažných ekleziogenních poruch může vést nevhodná náboženská výchova, např. restriktivní a tabuizovaná sexuální výchova nebo bezvýhradná akceptace některých biblických zásad, která bývá důvodem krutého trestání v rodině. Někdy také dochází k izolaci dětí z věřících rodin, respektive k vytváření náboženského ghetta. Tradiční patriarchální řízení rodin může souviset s ponižováním žen.⁶⁹ Psychiatr Victor Emil von Gebsattel, spolupracovník Freudův, Schelerův a Heideggerův, připodobnil „zmatek ve vztahu k náboženské oblasti“ k nemoci. Zvláště si všiml přepjatých, strojených, rigorózně moralistických věřících, kteří jsou „vůči Bohu nesvobodně úzkostliví“ a náboženský život je pro ně náhradou vlastní zodpovědnosti. Tito lidé často navštěvují lékaře s tělesnými potížemi nejrůznějšího druhu, za těmito příznaky se však skrývá „hlubší nouze“.⁷⁰ Naopak lidé, kteří žijí „čilým duchovním životem“, dokáží lépe zvládat mezní situace, a to i přes svou případnou vyšší míru citlivosti a zranitelnosti. Prostor spirituální svobody tak může mít příznivý dopad na hranice zvládání dané psychickou odolností nebo tělesným zdravím.⁷¹

Na zvládání náročných životních situací příznivě působí víra v milujícího, nikoli trestajícího Boha.⁷² Za této podmínky je pravděpodobné, že sebetranscendence povede k vyššímu pocitu vnitřní pohody v období zranitelnosti a k uvědomění si celku vlastní existence.

⁶⁵ ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. Praha: 2002, s. 42.

⁶⁶ PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping*. London: 1997, s. 126.

⁶⁷ Tamtéž, s. 132.

⁶⁸ ŠTRÍŽENEC, M. *Psychológia náboženstva*. Bratislava: 1996, s. 56.

⁶⁹ ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. Praha: 2002, s. 44.

⁷⁰ GEBSATTEL, V. E. Pomoc v nouzi. O podstatě duševní pomoci. In *Bolest a naděje*. J. Němec (ed.). Praha: 1992, s. 49.

⁷¹ FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 36.

⁷² PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping*, London: 1997, s. 216.

1.3 Shrnutí vzhledem k thesi

Krize jako duchovní fenomén je přirozenou součástí života. Člověk je v situaci krize vyzýván k bytostnému tázání, nesnesitelná úzkost jej nutí k rozhodnutí měnit stávající paradigmata, životní smysl a znovu utvářet kvalitu svého života vzhledem k celku. Krize je obdobím utrpení a bolesti, po němž ale, za určitých podmínek, dochází k očištění a sebeobnově. Prevence maladaptivních reakcí v krizi spočívají v pěstování frustrační tolerance, resilience a copingových strategií od raného dětství, přičemž je třeba počítat se salutogenními faktory, které pozitivně ovlivňují celý život člověka.

V rámci přístupu k člověku v krizi je nevhodné podléhat kauzálnímu přístupu a determinovat jedince pouze na důsledek neutěšených podmínek v dětství nebo v dospělosti. Tyto ukvapené diagnózy mohou oslabovat autonomii a zodpovědnost a posilovat tak „naučenou bezmocnost“. Cílem krizové intervence je naopak vedení k soběstačnosti a zvyšování vlastních kompetencí jedince. Má-li být krize výzvou, je třeba přiměřeným způsobem sytit naději na zdárné východisko a aktivizovat duchovní potenciál jedince.

2. Domácí násilí jako specifická krizová situace

„...připadám si jako zajatý, jestliže se cítím nejenom vržen, ale pod určitým vnějším nátlakem jaksi násilím zapojen do způsobu života, který pro mě znamená nejružnější omezení v činnosti ... v prožitku určité životní plnosti ... v takovém odtržení od sebe sama si uvědomím daleko ostřeji, než by to jinak bylo možné, onu ztracenou integritu.“

Gabriel Marcel

Pokud se člověk ve svém životě setkává s násilím v rodině, jeho životní situace bývá charakteristická celou řadou ztrát. Může se jednat o ztrátu očekávání, důvěry, v etickém slova smyslu pak hlavně o ztrátu lidské důstojnosti. Násilí proto představuje jeden z nejčastějších důvodů, proč lidé vyhledávají odbornou krizovou pomoc (především jako oběti). Agrese⁷³ a násilí mohou být reakcí na krizi, symptomem nebo důsledkem krize.⁷⁴ Násilí je pojem přesahující biologicky determinovanou agresi. Jedná se o etickou kategorii a lze mu předcházet sebekultivací. Násilí je projevem skutečnosti, že se daný člověk se svou agresí nenaučil zacházet.⁷⁵

Násilí v rodině lze vymezit jako „bezprávně vynucenou nadvládu“ některého člena rodiny nad jiným členem, resp. členy. Jde o zneužívání převahy a moci.⁷⁶ Rodina jako poměrně uzavřený sociální systém je rizikovým prostředím vzhledem k rozvoji násilného chování. Žijí v ní osoby s různou mírou fyzických sil, rozumovou zralostí a sociálními dovednostmi. Pokud má někdo tendenci chovat se násilně, pravděpodobně se to projeví právě v rodině. Cílem této práce není analýza typů rodin, v textu vycházím z definice rodiny, která nejlépe odpovídá charakteru společenské reality.⁷⁷

V literatuře najdeme různá označení pro situaci násilí v rodině, v praxi se asi nejvíce zavedl pojem „domácí násilí“ (z angl. domestic violence). Pojem „domácí násilí“ budu v této práci užívat ve smyslu násilí v rodinných vztazích obecně a podrobněji se zaměřím

⁷³ Rozborem a rozdíly mezi násilím a agresí se zabývá mnoho autorů různé specializace. Intencím této práce odpovídá např. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: 2005, s. 22: „Agrese se většinou definuje jako psychologická (emočně motivační) mohutnost, jež má za cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého. Z psychologického hlediska je chápána coby vrozená vlastnost či reaktivní připravenost, jež je člověku vlastní a tudíž eticky neutrální, sloužící k adaptaci, udržení života, např. získání obživy, sebezprosažení či obraně.“

⁷⁴ ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 103.

⁷⁵ PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: 2005, s. 22.

⁷⁶ ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 103.

⁷⁷ Kramer H. Ch. cit. dle SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál: 2001, s. 22: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty.“

na násilí mezi partnery. Domácí násilí na dětech, partnerech i seniorech jsou vzájemně propojené, transgenerační jevy. Jako příklad lze uvést situaci domácího násilí mezi manžely, jemuž je ale často přítomny také děti.⁷⁸ Tento fakt má důsledky stejné jako syndrom CAN (psychického rázu). O několik desetiletí později jsou uvedené zážitky předpokladem domácího násilí na seniorech. Tzv. toxičtí rodiče, tj. rodiče, kteří na svých dětech uplatňovali různé formy fyzického nebo psychického násilí, se mohou ve stáří snadněji ocitnout v roli týraného seniora.⁷⁹ Nejde jen o formu vědomé msty, ale spíše o podvědomé vzorce chování získané v dětství.

Každý druh násilí v rodině má své příčiny, jejichž popis není cílem této práce. V kapitole 2.2 uvedu pouze vnitřní zákonitosti společné všem formám domácího násilí a odkáži na literaturu, kde je o dílčích skutečnostech pojednáno v patřičné hloubce.

2.1 Historické souvislosti domácího násilí – počátky odmítání

Různé podoby násilí patří k lidskému životu patrně odpradáвна, není novou civilizační „chorobou“. Teprve ve 2. polovině 20. století se v Evropě a ve Spojených státech začala šířit nejrozumnější hnutí za práva slabších. Především součástí feministického hnutí bylo hledání kořenů tolerance vůči násilí v historii a upozorňování na souvislost těchto kořenů s patriarchálním názorem. Ve společnosti však existovaly silné tendence bránit dosavadní stav věcí a rodinné násilí za negativní společenský jev nepovažovat.⁸⁰ Domácí násilí tak lze dodnes vnímat jako „zapomenutou metlu lidstva“, která v historii nebyla společensky dehonestována. Za toto zlehčování však společnost platí příliš mnoho, jak v rovině lidských práv, tak i v rovině ekonomické (náklady na léčbu zranění a nemocí vyvolaných stresem, invalidizace obětí, náklady na policii a justici aj. Nevyčíslitelné jsou následky osobních a rodinných tragédií a negativní vzory pro děti - svědky domácího násilí.⁸¹

2.1.1 Počátky ochrany práv dítěte

Odkládání nebo zabíjení nadbytečných dětí představovalo běžnou praxi u většiny starověkých kultur. V antice děti neměly žádná práva. Podle římského práva „potestas patrias“ bylo dítě majetkem otce. Určitým přelomem byl rok 374, kdy bylo římským

⁷⁸ VAVROŇOVÁ, M. Sociologická sonda domácího násilí na ženách a dětech. In *Domácí násilí na dětech, partnerech a seniorech*. Praha: 2009, s. 41.

⁷⁹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2002, s. 132.

⁸⁰ GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. Praha: 2000, s. 12 – 13.

⁸¹ VYHLÍDALOVÁ, P. Dvě tváře násilníka. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, s. 27.

zákonem zhodnoceno usmrcení dítěte jako vražda. I ve středověku však byly nechtěné děti opouštěny a ponechávány svému osudu. S výjimkou židovské a křesťanské kultury se jednalo o společensky přijatelný postup, jak se zbavit nadpočetných novorozenců nebo znetvořených a nemocných dětí. Dítě bylo považováno za věc, která nemá duši. Děti, ženy a služebnictvo byly v řadě kultur po staletí pokládány za majetek otce rodiny. Soukromí rodiny tak dlouho nebylo předmětem veřejného zájmu.⁸²

Až od 16. století se začalo pojetí dětství proměňovat. Rodiče začali dětem věnovat více času, vychovávali je laskavěji. Později se jim dostávalo také vzdělávání. Povinnou školní docházku zavedla Marie Terezie v roce 1774, osvícenství přineslo proklamaci zdárné výchovy a vzdělání dětí. Později, v souvislosti s rozvojem industriální společnosti však byly děti často využívány jako levná pracovní síla. K týrání dětí v dnešním slova smyslu v historii docházelo poměrně běžně. Až ve 2. polovině 20. století se na tento jev začalo více poukazovat.⁸³ Zvýšený zájem o zamezování násilí na dětech byl v 50. letech vyvolán díky rentgenologům a chirurgům, kteří si všímali „nešťastných náhod“ u dětí. Američan Henry Kempe pak vydal v roce 1962 práci s názvem „The battered child syndrom“.⁸⁴

V současné době platí mezinárodní úmluvy, v nichž se apeluje na dodržování a ochranu práv dětí (např. Deklarace práv dítěte, Úmluva o právech dítěte aj.). Ve světě však stále existují kultury, v nichž je např. sexuální zneužívání běžnou součástí života dětí. Např. v jižní Africe příslušníci zulské kultury považují zneužívání za soukromou věc rodiny, pojmenování jakéhokoli sexuálního chování je na veřejnosti nepřipustné.⁸⁵

2.1.2 Týrání seniorů – latentní téma

Kontext nakládání společnosti s nejstarší částí populace je popsán v krásné literatuře, v níž bylo pojednáváno také o moudrosti, účtě a doprovázení v umírání. Nositelkou těchto hodnot, pokud byly přítomny, byla rodina, jejíž členové včetně dětí vnímali stáří i umírání jako přirozenou součást života. Snaha tato témata vytěsňovat byla o poznání méně patrná nežli v dnešní společnosti, kdy se „stáří“ může jevit jako překážka výkonnosti a rychlosti ekonomicky produktivního „mládí“. Proměna rodiny spojená se ztrátou některých

⁸² GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. Praha: 2000, s.12 – 13.

⁸³ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: 1995, s. 33.

⁸⁴ GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. Praha: 2000, s.16.

⁸⁵ KIM LONGINOTTO. *Nezlomné teti*. Jeden svět 09, 13. 3. 2009.

tradičních rolí a hodnot, všeobecný strach ze sklonku života a stárnutí populace činí téma týrání seniorů aktuálním.

Spolehlivé doklady o výskytu týrání seniorů historické prameny nepřinášejí, podobně je tomu i s dobou poměrně nedávnou, neboť do 70. let 20. století nebyl tento jev popsán. Násilí na seniorech⁸⁶ se dostalo pozornosti až později, právě v souvislosti se zkoumaným syndromem CAN. První zprávy pocházejí z Velké Británie, kde o tomto problému psali lékaři (fenomén „bití babiček“). V roce 1975 pak byl syndrom poprvé popsán v *British scientific journals*. Ještě v roce 1997 však bylo tomuto jevu věnováno desetkrát méně publikací než je tomu u syndromu CAN.⁸⁷ V České republice vyšla iniciativa hlavně z univerzitních gerontologických pracovišť v polovině 90. let 20. st.

V roce 1990 doporučil zdravotní výbor Rady Evropy prioritně zkoumat téma špatného zacházení se seniory. V roce 1995 se problematikou zabývala Mezinárodní konference o násilí v rodině. V současné době existuje množství kvalitních výzkumů mapujících násilí na seniorech.⁸⁸ V roce 2002 proběhl v České republice sociologický výzkum nazvaný „Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie“. Vyšetřováno bylo více než 300 seniorů, žádný z nich se přímo nesvěřil se špatným zacházením. Známky syndromu však bylo možno vyčíst „mezi řádky“. O skutečné situaci svědčí spíše zkušenosti pracovníků anonymních linek důvěry.⁸⁹ Další rozsáhlý výzkum byl proveden v roce 2004.⁹⁰

Příčiny nízké míry řešitelnosti syndromu EAN jsou známé. Senioři se obávají žalovat pachatele, a to hlavně v případě, že se jedná o člena jejich vlastní rodiny (pocity vlastního selhání z výchovy dětí apod.). Nemají dostatek psychických ani fyzických sil na obtížné řešení situace. Stydí se, násilí je pro ně velmi intimní záležitostí. Nevěří, že jim někdo pomůže. Stáří se obecně netěší dostatečné úctě, senioři se mohou cítit nadbyteční. To je dáno především hodnotovým zaměřením společnosti, která preferuje spíše mládí spojené s ekonomickou produktivitou. Zda se tato „nálada“ promění v souvislosti s prudkými demografickými změnami – rychle stárnoucí populací, zůstává otevřenou otázkou.

⁸⁷ KALVACH, Z. *Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém*. Praha: 1997, s. 170–173.

⁸⁸ BINSTOCK, R. H., GEORGIE, L. K. *Handbook of aging and the social sciences*. London: 1996, s. 272.

⁸⁹ Sýkorová, D. cit. dle ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 179.

⁹⁰ BURIÁNEK, J., KOVÁŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. a kol. *Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech*. Praha: 2006, s. 86–89.

2.1.3 Násilí na ženách – snahy o zrovnoprávnění

Odborné i mediální pozornosti se v posledních letech dostává domácímu násilí na ženách. Řešení a přístupy k tomuto fenoménu souvisí se snahami o zrovnoprávnění obou pohlaví a překonání historicky daných stereotypů. Důležitou postavou, která v historii zdůrazňovala autoritu muže, byl Aristoteles. Tuto nerovnost pokládal za přirozenou.⁹¹ Nový zákon již obsahuje poselství o rovnosti muže a ženy a rovných povinnostech k dětem. Zároveň je často citován List Efeským, kde je uvedeno, že má být žena ve všem podřízena muži. Tato teze je i v dnešní době s oblibou „vytrhávána z kontextu“ a doslovně citována, aniž by byly respektovány elementární zásady potřebné ke správnému výkladu textu.⁹²

Vzhledem k převažujícímu patriarchátu a nepatrným právům žen bylo domácí násilí na ženách v historii spíše tolerováno. V některých kulturách se doposavad traduje, že občasné fyzické napadení ženy značí lásku a pozornost jejího manžela a tzv. trestání neposlušných žen je v pořádku. Ve vyspělých zemích bylo násilí na ženách veřejně deklarováno jako společensky nepřijatelné na počátku druhé poloviny 20. století. Přesto bylo veřejností spíše tolerováno. Na počátku 70. let byla zdůrazňována nutnost řešení domácího násilí nikoli v individuální, ale celospolečenské rovině. V tomto období začaly vznikat také první výzkumy, které prokázaly značný výskyt domácího násilí ve společnosti (např. National Family Violence Survey).⁹³ Přelomovým byl rok 1985, kdy se konal VII. kongres OSN o prevenci kriminality a zacházení s pachateli. Zde bylo téma potírání domácího násilí jedním z hlavních bodů programu. V tomtéž roce vydala Rada Evropy definici domácího násilí, odsoudila jej a nabídla modelové postupy pomoci. V roce 1993 byla schválena Deklarace OSN o odstranění násilí páchaného na ženách, v témže roce se pak tématu věnovala Vídeňská deklarace. O dva roky později byla přijata Pekingská deklarace, v níž se uvádí, že „násilí páchané na ženách je projev historicky nerovnoprávných mocenských vztahů mezi ženami a muži.“⁹⁴ Průkopnická v otázkách řešení domácího násilí byla především Austrálie, dále pak USA, Velká Británie a Nizozemí. Zásluhou ženských emancipačních hnutí se stalo téma více diskutované. Tolerance společnosti však byla stále značná, o čemž svědčí rozlišování „násilí normálního - čin provedený se záměrem způsobit fyzickou bolest nebo zranění druhému“ a „hrubého“.

⁹¹ GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. Praha: 2000, s. 13.

⁹² Ef 5: 21–25.

⁹³ Straus a kol. cit. dle BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. a kol. *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*. Praha: 2006, s. 11.

⁹⁴ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 16–17.

Teprve hrubé násilí bylo v mnoha zemích považováno za skutečné domácí násilí. Ve výzkumech Dobashe z roku 2003 se pak uvádí, že v Kanadě, USA a Británii zažila během svého života akt násilí přibližně čtvrtina žen, u jedné desetiny k tomuto násilí docházelo opakovaně.⁹⁵

Pro oběť je velmi obtížné problém otevřít, neboť hrozí riziko stigmatizace. Uzavřenost tématu byla charakteristická i pro naši zemi do roku 1989. Až na počátku 90. let začaly vznikat první odborné organizace na pomoc obětem a šíření osvěty. Vědecké výzkumy zabývající se partnerským násilím však byly u nás realizovány až na přelomu 20. a 21. století.⁹⁶ Alarmující výsledky úzce souvisely s voláním po nové legislativě, jež vešla v platnost 1. ledna 2007.⁹⁷

2.1.4 Násilí na mužích – TABU téma

Zvlášť silná je tendence bagatelizovat problém domácího násilí na mužích. Z hlediska tradičních genderových stereotypů se tak problematika násilí na mužích jeví jako nerealistická, odporuje historicky i kulturně vytvořeným představám a stává se tak marginálním problémem. V minulosti se v literatuře objevovaly zmínky o týrání a sexuálnímu zneužívání mužů v tzv. jednogenderových institucích, např. v armádě nebo vězení. Mezigenderové násilí bylo po dlouhá léta tabuizovaným tématem, zatím existuje jen malé množství spolehlivých výzkumů na toto téma.⁹⁸ Reprezentativní výzkumy z konce 90. let vypovídají o hodnotě přibližně 4% mužů, kteří byli fyzicky napadeni partnerkou. Nejčastěji se ale jedná o násilí psychické, např. o nadávky, zesměšňování apod. V roce 2004 byla v Jihočeském kraji provedena pilotní sonda s 458 respondenty, která zmíněná 4 % potvrdila.⁹⁹

Problém bývá v praxi utajován (většinou o něm vědí jen nejbližší přátelé), a proto obtížně řešen, podobně jako je tomu u syndromu EAN. V současné době se diskutuje

⁹⁵ Dobash, R. E. cit. dle BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. a kol. *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*. Praha: 2006, s. 11.

⁹⁶ Tamtéž, s. 18–23.

⁹⁷ Zákon na ochranu před domácím násilím 135/2006 Sb. [online]. ©1996-2010, pos. aktualizace 18.12.2009 [cit. 19. 12. 2009]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06135&cd=76&typ=r>.

⁹⁸ ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 134.

⁹⁹ BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. a kol. *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*. Praha: 2006, s. 39.

o sociální exkluzi mužů – obětí domácího násilí. Většina azylových domů je určena ženám a pokud je zřízen azylový dům pro muže, slouží hlavně potřebám lidí bez přístřeší. Lze předpokládat, že se toto téma stane podnětem k dalšímu zkoumání.

2.2 Definice, znaky a podoby domácího násilí

Všeobecně uznávaná definice domácího násilí již zahrnuje jeho základní charakteristiky. Pod pojmem „domácí násilí“ se většinou rozumí opakované a stupňující se násilí fyzické, psychické či sexuální povahy mezi manželi nebo partnery. Problém domácího násilí však lze pojmut v jeho širším významu jako násilí rodinné. Toto násilí může mít různé konkrétní podoby, od týrání a zanedbávání dětí přes trýznění seniorů až po zmíněné psychické a fyzické násilí mezi partnery.¹⁰⁰ V roce 1985 bylo domácí násilí vymezeno Radou Evropy jako násilné chování v rodině, které zahrnuje jakýkoli čin nebo opomenutí ohrožující život, tělesnou, duševní integritu a svobodu jiného člena rodiny, nebo vážně poškozuje rozvoj jeho osobnosti.¹⁰¹

Britská iniciativa "Action on Elder Abuse" zvláště definuje domácí násilí na seniorech. Jde o "opakované či jednorázové špatné chování vůči starému člověku, ze strany toho, kterému starý člověk důvěřuje či je na něm závislý. Důsledkem tohoto chování je poškození či výrazný diskomfort."¹⁰²

Podle Bílého kruhu bezpečí je partnerské domácí násilí definováno takto: „Domácí násilí je fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi intimními partnery, tj. manžely, druhy apod., ke kterému dochází v soukromí, tedy mimo kontrolu veřejnosti. Intenzita násilných incidentů se zpravidla stupňuje a u oběti vede ke ztrátě schopností včas zastavit násilné incidenty a efektivně vyřešit narušený vztah.“¹⁰³

Definice syndromu CAN je velmi široká a zahrnuje jakékoli vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti. Následkem těchto aktivit dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.¹⁰⁴

¹⁰⁰ BUSKOTTE, A. *Z pekla ven. Žena v domácím násilí*. Praha: 2008, s. 42.

¹⁰¹ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 14.

¹⁰² Špatné zacházení se starými lidmi doma: Informace pro pracovníky státní správy, veřejného sektoru a dobrovolných organizací [online]. ©2002, posl. aktualizace 10. 3. 2009 [cit. 2009-11-04]. Dostupný z: [www<http://www.gerontocentrum.cz/gema/spatnedoma.php>](http://www.gerontocentrum.cz/gema/spatnedoma.php).

¹⁰³ BUSKOTTE, A. *Z pekla ven. Žena v domácím násilí*. Praha: 2008, s. 42.

¹⁰⁴ VANÍČKOVÁ, E. a kol., *Násilí v rodině – syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: 1995, s. 33.

Detailní popis znaků jednotlivých forem domácího násilí není cílem této práce. Lze jej snadno nalézt v dostupné literatuře.¹⁰⁵ Tyto formy však mají většinu znaků společných:

- jde o násilí mezi citově blízkými lidmi v domácím prostředí
(ne o bullying¹⁰⁶ nebo mobbing¹⁰⁷)
- násilí je opakované (dlouhodobé)
- stupňuje se – postupně je ohrožena důstojnost, zdraví i život
- charakteristická je nerovnoměrné rozložení sil, vztahová asymetrie
- kombinace strachu osoby ohrožení a manipulace osoby násilné
- cílem násilné osoby je nadvláda, získání moci a pocit vlastnictví
(vědomě nebo nevědomě)

Teoreticky se rozlišují následující podoby domácího násilí, v praxi (podobně jako týrání, zneužívání a zanedbávání) nelze přesně oddělit, jednotlivé druhy se mohou prolínat:

- fyzické (kontaktní – bití apod.)
- sexuální (kontaktní, bezkontaktní, komerční – nucení k prostituci apod.)
- psychické (nadávky, vyhrožování, urážky, ponižování aj.), někdy nazýváno emoční
- sociální (zabraňování kontaktu s okolím, sociální izolace)
- ekonomické (týká se majetku a financí včetně manipulací na bankovním účtu)
- zanedbávání (pasivní forma, např. nedostatek péče vedoucí k deprivaci)
- by proxy – zvláštní druh, který se týká dětí (např. matka si vymýšlí choroby dítěte a vyžaduje invazivní vyšetřování a léčbu)

2.2.1 Syndrom připoutání a disociace

Vědci zabývající domácím násilím si kladli otázku, zda existuje osobnostní profil oběti, která násilníka „přitahuje, provokuje“. Odpověď na tuto otázku je složitá. Byly vyvráceny domněnky o masochistických nebo hysterických sklonech oběti a o souvislosti s věkem, vzděláním, ekonomickým statutem nebo životním stylem. Potvrzeny však byly tyto rizikové faktory, které v sobě oběť nese:¹⁰⁸

- oběť byla v dětství objektem nebo svědkem týrání (pokud jde o dospělou osobu)
- typické je horší psychické a fyzické zdraví

¹⁰⁵ Např. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004.

¹⁰⁶ bullying - vrstevnické násilí, šikana

¹⁰⁷ mobbing - násilí na pracovišti

¹⁰⁸ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 72.

- tendence k emocionálnímu připoutání (závislosti)
- pocity viny postrádající logiku

Kombinace těchto rizikových jevů může způsobit vznik syndromu připoutání, který se projevuje loajalitou k násilníkovi, neschopností vyhledat pomoc a opustit vztah. Pokud jde o partnerské domácí násilí, charakteristickými pocity oběti jsou: strach o sebe a děti, fyzické a psychické oslabení, emoční ambivalence vůči partnerovi, pocity viny a selhání, strach z ostudy, ze ztráty nejbližších, ze sociálního vyloučení, z chudoby. Tyto pocity jsou přítomny zároveň s nadějí, že násilí skončí a rodina přetrvá. Za předpokladu aktivní účasti obou partnerů na řešení domácího násilí lze tuto naději naplnit. V praxi je to ale vzácné vinou nezájmu pachatele nebo rozvinutého násilného vztahu, který již nelze zvrátit.¹⁰⁹ Přirozenou reakcí dominantní osoby na snahu oběti odpoutat se je typicky vystupňování násilí.¹¹⁰ Silná je tendence násilníka vztah za každou cenu udržet, jedná se o vzájemnou emocionální závislost.

Součástí vztahu bývá střídání období smířování, poklidu a naplněnosti s obdobím násilným, jež průvodním jevem je disociace obou aktérů.¹¹¹ Jde o stav, kdy se od sebe oddělí dva psychické procesy, které pak koexistují vedle sebe, aniž by se propojily. Tato reakce umožňuje adaptaci na dlouhodobě nepříznivé podmínky a neúnosné prožitky.¹¹² Týká se ale i násilníka. V literatuře je popisován případ muže, který mnoho let brutálním fyzickým způsobem týral svou ženu, zároveň ale pomáhal dceři vymanit se z podobného vztahu.¹¹³

Objevitelem disociace a autorem jejího rozpracování je Pierre Janet (1859-1947), který popsal disociaci jako „porušení psychické jednoty v důsledku závažných stresujících událostí, které nezapadají do stávajících kognitivních schémat.“ Jedná se o typ intrapsychického konfliktu projevující se dezorientací a narušením integrity vědomí. Disociace spočívá především ve funkčních změnách v mozkových strukturách, které se podílejí na mechanismech pozornosti, paměti a interpretace událostí vnějšího světa. Psychologicky je disociace nevědomým jevem, která je prožívána jako „krátkodobá preference určitého aspektu vnímané skutečnosti“. Důsledkem pak bývá ambivalence, kdy je např. druhá osoba vnímána „černobíle“, např. jako nekriticky „kladná“. Disociace může být odpovědí na psychické trauma nebo stres a vede k poškození funkcí mozku,

¹⁰⁹ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 22.

¹¹⁰ NAZARE-AGA, I. *Láska a manipulace*. Praha: 2003.

¹¹¹ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 72.

¹¹² Rycroft, Ch. cit. dle VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: 2002, s. 47.

¹¹³ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 167.

k endokrinním, imunitním i anatomickým změnám. Dosavadní poznatky v tomto kontextu také ukazují, že traumatický stres a disociace vedou nejen k celé řadě poškození funkcí mozku a s nimi souvisejícími změnami na úrovni endokrinní a imunitní, ale dokonce také ke změnám anatomickým, například zmenšení některých struktur mozku.¹¹⁴

S domácím násilím bývá v posledních letech spojován také stockholmský syndrom. Tento jev byl poprvé popsán v 70. letech, kdy byla přepadena banka ve Stockholmu a útočníci zde několik dní drželi rukojmí. Překvapivým důsledkem byl vznik silného emocionálního vztahu ze strany oběti. K projevům syndromu patří snaha zavděčit se a identifikace s chováním násilníka. Tím oběť podvědomě chrání svůj život. Tento syndrom se skutečně týká situací, kdy je oběť sociálně izolovaná a její život je v ohrožení, tedy i nejzávažnějších forem domácího násilí.¹¹⁵

2.3 Mýty o domácím násilí

S fenoménem domácího násilí se často pojí mylná přesvědčení veřejnosti. Tato skutečnost znesnadňuje jednání oběti, které se odváží situaci řešit. Vedle vlastních těžkostí musí překonávat nepochopení okolí. Především odborná veřejnost by se měla důsledně oprostít od těchto mylných přesvědčení, aby tak nedocházelo k dalšímu snižování důstojnosti a prohlubování pocitů beznaděje oběti. Pomocí formulace mylných přesvědčení lze jednoduchým způsobem lépe vymezit tento jev. Následující mýty jsou společné všem druhům domácího násilí (partnerského, na seniorech i na dětech):¹¹⁶

Mýtus: Domácí násilí je ojedinělý, spíše společensky okrajový jev.

Skutečnost: Asi 16% populace ČR starší 16 let poznalo ve svém partnerském vztahu některou z forem domácího násilí. Až pětina seniorů ČR se stává obětí syndromu EAN. Některou z podob syndromu CAN (nyní bez ohledu na frekvenci a intenzitu) zažila ve svém dětství každá čtvrtá dívka a každý šestý chlapec. Veškeré údaje jsou orientační, mnoho obětí se s problémem nesvěří.

¹¹⁴ BOB, P. Disociativní tendence psyché. Praha: Fakulta sociálních studií UK v Praze, 2002. Disertační práce.

¹¹⁵ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 77.

¹¹⁶ ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 106–108.

Mýtus: Domácí násilí je tzv. italská domácnost, která se týká soukromí, proto se má také v soukromí řešit.

Skutečnost: Domácí násilí je celospolečenským problémem vyžadujícím pomoc, jde o zneužití moci, nikoli hádku nebo konflikt. Pravděpodobnost napadení, poranění nebo usmrcení je v ČR třikrát větší v kruhu rodiny nežli na ulici.¹¹⁷

Mýtus: Domácího násilí se dopouštějí hlavně nevzdělaní lidé s nižším společenským postavením. **Skutečnost:** Domácí násilí prolíná všemi společenskými vrstvami.

Mýtus: Pachatel bývá spíše člověk, který evidentně trpí psychopatií (např. sadismem).

Skutečnost: Na veřejnosti působí pachatel často jako pozorný, citlivý člověk – v případě partnerského násilí jako galantní muž (pečující žena), v případě syndromu EAN jako hodný syn (dcera), vnuk (vnučka), v případě syndromu CAN jako skvělý rodič.

Mýtus: Příčinou domácího násilí je závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách. **Skutečnost:** Závislost sama o sobě není příčinou domácího násilí, působí jako „spouštěč“.

Syndrom CAN je opředen např. těmito specifickými mýty:¹¹⁸

Mýtus: V případě sexuálního zneužívání dívek se jedná hlavně o dívky v prepubertálním nebo pubertálním období.

Skutečnost: Typickým věkem, kdy se dítě stává obětí CAN, je 5–6 let.

Mýtus: Pachatelem bývá cizí osoba, často duševně nemocná.

Skutečnost: Intrafamiliární CAN vysoce převažuje. Rodiče jsou navenek kultivovaní, mohou být vzdělaní a vysoce postavení v zaměstnání.

Mýtus: Děti se většinou samy svěřují.

Skutečnost: Děti mají tendenci tento zážitek tajit i mnoho let.

¹¹⁷ NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. *Kriminologie*. Praha: 2001, s. 274.

¹¹⁸ DUŠKOVÁ, Z. a kol. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992–2003*. Praha: 2004, s. 40.

2.4 Psychogenní iatropatogeneze (sekundární viktimizace) ohrožených osob

V praxi může dojít k situaci, kdy se odborník (lékař, psycholog, učitel aj.) setkává s traumatizovaným člověkem a svým nešetrným jednáním trauma ještě více prohloubí. Toto jednání nebývá vědomé, odborník specializovaného oboru se dopouští poškození většinou z neznalosti kontextu problému, který vyžaduje základní interdisciplinární povědomí a přístup. V důsledku této neznalosti hrozí paradoxní situace, kdy se člověk, který je součástí „pomáhajícího systému“, dopouští sekundárního traumatu, které svou intenzitou může dosahovat tzv. systémové týrání (např. opakované lékařské prohlídky a výsledky dítěte – oběti syndromu CAN).

Pojem „sekundární viktimizace“ (druhotné zraňování) vznikl v oblasti trestního práva. K viktimizaci primární a k primárním ranám dochází ihned po trestném činu, jde např. o ztrátu pocitu bezpečí, pocitu důvěry v blízké okolí, ztrátu schopnosti rozhodovat o sobě, ztrátu volby.¹¹⁹ Sekundární rány pak hrozí i po několika dnech, týdnech nebo letech.¹²⁰

Zatímco sekundární viktimizace značí druhotné zraňování ze strany kohokoli, pojem psychogenní iatropatogeneze je užíván v případě psychického poškození pacienta vlivem jednání lékaře. Psychogenní iatropatogeneze je tedy typem sekundární viktimizace. Vychází z necitlivého postoje lékaře, který nereflektuje subjektivitu nemocného, dále pak z nedostatků v informovaném souhlasu, z kladení požadavků, jimž pacient nemůže dostát nebo ze zanedbávání péče o pacienta.¹²¹ Léčba tak může být ztížena např. použitím nevhodných slov, neposkytnutím důležitých informací psychosociálního charakteru nebo ulpíváním lékaře výhradně na somatických příznacích choroby.¹²²

Proces sekundární viktimizace přináší tzv. sekundární rány, které nemívají žádné materiální znaky z pohledu práva, ale na integritu osobnosti mohou mít závažný negativní vliv. K sekundárním ranám patří především pocit nespravedlnosti namísto pocitu zadostiučinění v případě, že se oběť svízelnou situací odváží řešit. Jsou vyvolány hlavně nevhodnými reakcemi okolí.¹²³ V kontextu našeho tématu by se jednalo o situaci, kdy lékař nepatřičně reaguje a komunikuje při ošetřování oběti nebo v případě, kdy se mu svěří oběť potencionální, která je aktuálně mimo nebezpečí, a lékař problém bagatelizuje nebo neposkytne příslušné informace dle platných předpisů.

¹¹⁹ ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Praha: 2000, s. 182.

¹²⁰ ČÍRTKOVÁ, L. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Praha: 2007, s. 16.

¹²¹ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: 2003, s. 21–22.

¹²² KAPR, J. a kol. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: 1998, s. 30.

¹²³ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 81.

2.5 Shrnutí vzhledem k thesi

Násilí v lidském životě se úzce pojí s krizí – může být jejím symptomem, ale i důsledkem. Pokud se jedná o násilí v rodině, přirozeně dochází ke ztrátám dosavadních jistot, které je v rámci obnovení žádoucí kvality života potřeba obnovit nebo zcela nahradit, ať již se jedná o život oslabené dospělé osoby nebo dítěte. Překážkou v této situaci je emoční chaos zúčastněných, oboustranná závislost, syndrom připoutání, disociační reakce, ale i mýty a předsudky o domácím násilí ze strany laické veřejnosti i odborníků. Pokud se oběť domácího násilí setkává s neinformovaným nebo lhostejným lékařem, hrozí zde riziko psychogenní iatropatogeneze, v širším slova smyslu pak sekundární viktimizace s fatálními dopady.

Aristotelův člověk jako zoon politikon nadále utváří kvalitu a spokojenost svého života nejčastěji ve společenství. Pokud ztrácí důstojnost a bezpečí uvnitř domova, je ohrožen ztrátou sebe sama. Zásah zvenčí může mít určující dopad ve smyslu oživení zbylé autonomie a sebeúcty. Z praxe domácích i zahraničních pracovišť (krizových linek a azylových domů) plyne, že poskytnutí malé podpory a rady bývá prvním krokem k vyřešení celé situace. Nelze očekávat běžný lidský altruismus, ten se bohužel v kontextu domácího násilí vytrácí. Tím spíše je na místě uplatňovat odborný, informovaný přístup a profesionální etiku.

3. Smysl a kvalita lidského života

„Spatřit smysl znamená uchopit celek.“

Alfried Längle

V souvislosti s hodnocením a prožíváním lidského zdraví, respektive s léčbou poruch zdraví, se často operuje s pojmy „kvalita života“ a „smysl života“. Tyto proměnné se staly základním kritériem při řešení nejrůznějších obtížných situací, přičemž hlavním vodítkem jsou vždy subjektivní preference jedince, který se v dané situaci nachází. Definovat tyto dva fenomény sice lze, avšak definice různých autorů jsou odlišné, doposavad nebylo formulováno konkrétní, všeobecně přijatelné vymezení. Vychází smysl života z jeho kvality, nebo je tomu právě naopak? Nebývají tyto pojmy vzájemně zaměňovány nebo užívány jako synonymum? Zdá se, že kvalita a smysl života, tedy především potřeba přítomnosti jejich konkrétního obsahu v lidském životě, zůstane jevem uznávaným, avšak uchopitelným pouze v jednotlivostech. Z hlediska vědeckého bádání je to možná značná překážka, kterou lze ale elegantně překonat definicí formulovanou pro daný kontext, a to bez nároku na přijetí této definice všemi, kdo se zabývají zkoumáním kvalitního, smysluplného života. Ve vědeckém obrazu světa není místo pro pochopení univerzálního smyslu. „Průřez, který vedou přírodní vědy napříč realitou, se se smyslem neseťká.“ Zde má své místo spíše víra.¹²⁴ Smysl nelze verifikovat matematizujícím přírodovědeckým přístupem, proto na poli mnohých věd neexistuje.¹²⁵

Kvalita a smysl života se úzce dotýká tématu této práce, smysl života je ústředním pojmem definice krize (viz. kapitola 1.1). Vzhledem k propojení tématu krize a smyslu života pokládám za přínosné vymezení z pohledu logoterapie a existenciální analýzy. Tyto směry se zakládají na orientaci člověka v každé, i velmi těžké situaci tak, aby v nich bylo možné objevit osobní smysl pro následující část života.

3.1 Smysl života jako otázka

Hledáním smyslu života se lidstvo zabývalo odpradávná, obsah tohoto smyslu se vyznačoval různými důrazy. V případě tzv. vulgárních epikurejců to byly tělesné slasti, hédonisté zastávali podobné pojetí, avšak rozšířili jej o způsob dosažení této slasti.

¹²⁴ FRANKL, V.E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: 2006, s. 71.

¹²⁵ ČÁLEK, O. Tělesnost a psychosomatika z hlediska daseinsanalýzy. In *Psychosomatický přístup k člověku*. Růžička, J. (ed.). Praha: 2006, s. 89.

Tendence opačně zastávali představitelé kynismu, klasičtí epikurejci se snažili prožívat život vyrovnaně, ale spokojeně (neobávali se užívat „darů života“), stoici jsou známi hledáním vnitřního klidu a neotřesitelnosti.¹²⁶ Pro mnohé myslitele se stala podstatou smyslu života náboženská víra.¹²⁷ Vzhledem k atmosféře současné společnosti je na místě zmínit také pojetí, pro něž je náboženská víra pouze jednou ze smysluplných možností. Jde o již zmíněnou logoterapii a existenciální analýzu, podle nichž může smysl nalézt každý, bez ohledu na inteligenci nebo věk. Jedinou podmínkou je schopnost činit rozhodnutí.¹²⁸

Smysl lze definovat jako „možnost, která se otevírá na pozadí skutečnosti“.¹²⁹ Existenciální smysl je rovnicí o dvou proměnných: vnější podmínky konkrétní situace a schopnosti, vlastnosti, vlohy osoby, která je uvnitř této situace. Předpokladem realistického rozhodnutí je soulad obojího.¹³⁰ Smysl života nelze dát nebo nařídít. Musí být nalezen jako „dítě svobody“, pochopen v souvislostech, na pozadí celku jako životní směr pro určité časové období.¹³¹ Frankl zdůrazňuje, že ani logoterapie nenalézá smysl a nesmysl, hodnotu nebo bezcennost v životě daného člověka. Logoterapie není účinná v rovině hada, který sliboval lidem v ráji, že jako Bůh poznají, co je dobré a co zlé.¹³²

Každá situace je otázkou, požadavkem. Tím, že se člověk věnuje tomu, k čemu tato situace vyzývá, se bezprostředně účastní přítomné chvíle a utváří tak její smysl. Tento aktivně založený postoj, tímto způsobem zvládaná krize nebo utrpení a hledání smyslu je duchovním zážitkem toho, že naše životní možnosti zůstávají smysluplné až do posledního okamžiku. Možnostem smyslu se lze přiblížit třemi cestami:¹³³

- a) zážitkovými hodnotami (setkávání s druhými, umění, sport, technika aj.)
- b) tvůrčími hodnotami (oddanost rodině, péči o druhé, zaměstnání, jakékoli činy)
- c) postojovými hodnotami (podrobněji v kapitole 6.3)

Překážky na cestě ke smysluplnému životu mohou být následující:¹³⁴

- pocit nesvobody – předurčenosti genetikou, výchovou a vnějším okolím
- čekání na „opravdový život“ - vzdálenost realitě, život v provizoriu
- pocit, že život má být bez nesnází a utrpení, očekávání, že takový bude

¹²⁶ MACHOVEC, M. *Smysl lidského života*. Praha: 1965, s. 41–56.

¹²⁷ „Být náboženský znamená nalézt odpověď na otázku: Jaký je smysl života?“ (A. Einstein)

¹²⁸ LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Praha: 2002, s. 50.

¹²⁹ Tamtéž, s. 29.

¹³⁰ Tamtéž, s. 30.

¹³¹ Tamtéž, s. 40–44.

¹³² FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: 2006, s. 57.

¹³³ Tamtéž, s. 68–69.

¹³⁴ LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Praha: 2002, s. 14.

- rigidita ve vnímání životních hodnot
- křečovitost v požadavcích, hlavně v případě nezměnitelných skutečností

V psychologii je pojem „smysl“ spojován především s motivací. Podrobný psychologický rozbor smysluplnosti v lidském životě podal ve svém díle například Jaro Křivohlavý.¹³⁵ Ve filosofii souvisí smysl života především s nadějí, která vyjadřuje vertikální zakotvení člověka a „potvrzuje životu věčnost“.¹³⁶

3.2 Kvalita života a zdraví

Termín „kvalita života“ byl v historii poprvé uveden ve 20. letech minulého století v USA, a to v souvislosti s úvahami o materiální podpoře chudých, kterou by měl poskytovat stát. V 60. letech si americký prezident Johnson stanovil jako svůj hlavní politický cíl právě zlepšování kvality života. Měl za to, že ukazatelem kvality života není pouze spotřeba (how much), ale spíše celková spokojenost občanů v daných podmínkách (how good). Teprve v 70. letech se však začala kvalita života vědecky zkoumat.¹³⁷ Kvalitu života však nelze ani v současné době vymezit všeobecně přijatelnou definicí, spíše lze formulovat její domény. Obecně úzce souvisí s možnostmi fyzického, psychického, sociálního a duchovního prožívání a naplnění v životě. V rámci rozsáhlého projektu WHO (WHOQOL) bylo stanoveno šest důležitých vlivů na kvalitu života: tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita.¹³⁸ Kováč pak vypracoval třístupňový model kvality života. Jeho vrcholem je smysl života, který působí jako regulátor chování daného člověka.¹³⁹ Obecně lze kvalitu života vymezit jako „individuální vnímání vlastní životní situace“ z hlediska hodnotového systému, životním cílům a očekáváním.¹⁴⁰ Při posuzování kvality života je nezbytný holistický přístup.¹⁴¹

Další koncepce kvality života v české odborné literatuře nalezneme např. v knize Jara Křivohlavého *Psychologie zdraví*. Rozsáhlý výzkum kvality života probíhal v Ústavu pro humanitní studia v lékařství na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.¹⁴² V lékařské etice je kvalita života základním konceptem, který je soustředěn na dobro jedince. Týká se

¹³⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: 2006, s. 41–117.

¹³⁶ MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: 1971, s. 132.

¹³⁷ HODAČOVÁ, L. Mozek, emoce a spokojený život. *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 1, s. 49.

¹³⁸ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 59.

¹³⁹ KOVÁČ, D. *Kultivace integrované osobnosti*. *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 32–34.

¹⁴⁰ KRAHULCOVÁ, B. Filosofické, etické a psychosociální aspekty sluchové deprivace. *Theologická revue*, 2006, roč. 77, s. 406.

¹⁴¹ Tamtéž, s. 408.

¹⁴² Výstupem je mezioborově zaměřený sborník: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: 2005.

otázky, jaký život je možný v pacientově stavu a zda tento stav umožňuje život, který pacient sám považuje „za stojící za to žít“. Zlepšení kvality života je cílem chronické a rehabilitační medicíny.¹⁴³

3.2.1 Well-being jako sporný pojem

Pojem „well-being“ souvisí s kvalitou života, je přímo obsažen v definici zdraví dle WHO. V anglosaské literatuře se někdy kryje s pojmem „happiness“, případně „pleasure“. Český překlad „štěstí“ naznačuje důležitou – prožitkovou dimenzi této proměnné, nevystihuje však celý obsah pojmu. Zatímco ve starší české literatuře často nalezneme překlad „duševní pohoda“, nyní se užívá přesnějšího označení „osobní pohoda“.¹⁴⁴ Primární založení pojmu well-being je spíše psychologické, zasahuje však i do dalších společenskovedních a přírodovědných disciplín, krom jiného i do medicíny a všech jejích subdisciplín. Osobní pohoda obsahuje duševní, tělesnou, sociální i spirituální dimenzi lidského života. Projevuje se hlavně v subjektivním prožitku životní spokojenosti a je důležitou komponentou zdraví.¹⁴⁵

Český překlad výrazu „well-being“ – „blaho“ je zavádějící. Samotné „well-being“ je totiž nepřesným překladem řeckého „eudaimonia“, které je stěžejním filosofickým termínem. Vhodnějším překladem by byl „smysl života“ nebo „bytí“. V podstatě by šlo o určité „vzepětí ke smyslu života“, které je obsaženo ve všech náboženských směrech. Výraz „zdraví“ prozrazuje souvislost s religiozitou i ve své etymologii (angl. příbuznost health a holy, něm. heil, lat. salus).¹⁴⁶

Vliv všech dimenzí na smysl života (osobní pohodu) jedince popisuje ve svých dílech V. E. Frankl, který pojímá člověka jako tělesně-duševně-duchovní totalitu.¹⁴⁷ Franklovo pojetí dále rozpracovali jeho následovníci. Jako tělesné bytosti jde člověku o zdraví těla, které je ovlivňováno uspokojováním fyziologických potřeb (spánek, výživa, pohyb apod.). Duševní bytosti jde o uplatnění vitálních sil a o pohodu ve vlastním těle, stěžejní jsou zde pocity úspěchu, slasti nebo naopak selhání, frustrace. Duchovní bytost je pak nazývána osobou. Zde je těžištěm smysl života, zakotvenost, víra, spravedlnost, svoboda,

¹⁴³ BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: 1994.

¹⁴⁴ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 62–63.

¹⁴⁵ Tamtéž, s. 70.

¹⁴⁶ PAYNE, J., *Kvalita života a zdraví*. Praha: 2005, s. 16.

¹⁴⁷ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, Brno: 1996, s. 123

odpovědnost atd. V těchto třech dimenzích člověka se rozvíjí vlastní dynamika, která se projevuje jeho motivačními silami.¹⁴⁸

Pocit osobní pohody je významně ovlivňován sociálními kontakty. Řada psychologů poukazuje na význam sociální dimenze v souvislosti s well-being a kvalitou života.¹⁴⁹ Reflexe tohoto problému, respektive přirozenosti vnímat vlastní existenci v kontextu života ve společenství, patří k častým pasážím děl filosofických. „U lidské bytosti velice brzy dochází ke spojení tohoto pocitu existence, který jistě nelze zdůvodněně upřít žádnému živočichovi, se snahou být uznán druhým – oním svědkem, útočištěm či sokem, či oním protivníkem, který, ať říká kdo chce co chce, je integrující částí mě samého, ale jeho postavení v poli mého vědomí se může měnit takřka donekonečna.“¹⁵⁰

3.3 Shrnutí vzhledem k thesi

Smysl života je ústředním pojmem definice krize. Přesně definovat smysl života nelze, pro účely této práce se přikláním k vymezení V. E. Frankla (odkaz!), který jej pojímá jako bezprostřední účast na otázkách, kterou jsou v nejrůznějších situacích kladeny, respektive hledání budoucího životního směřování tak, aby byl život naplněn zážitkem, tvorbou nebo utvářením postoje. Smysl by neměl být utvářen na základě nerealistických požadavků na sebe sama nebo okolní svět, klíčem k uspokojivému, naplněnému směřování je péče o duši s důrazem na sebepoznání v Patočkově slova smyslu. V psychologii se smysl dotýká především potřeby otevřené budoucnosti a motivace.

Kvalita života zůstává hlavním kritériem rozhodování v lékařské praxi, kde se situace krize zvýšeně objevuje a řeší. Zlepšení kvality života je cílem všech pomáhajících profesí, měřítkem její kvality však zůstává její subjektivní vnímání pacientem, klientem. V souvislosti s kvalitou života se užívá pojmu „well-being“, který bývá překládán jako „blaho“. Tento překlad je ale zavádějící a pátrání po nejvhodnějším významu vede znovu k pojmu smysl života a jeho duchovní podstatě, čímž se pomyslný kruh uzavírá.

Frankl vnímal jako „záchytnou stanici“ pro všechny, kdo pochybují o smyslu života, ordinaci lékaře. Připomíná doporučení Americké lékařské asociace, jež vyzdvihuje vedle léčby také útěchu nemocného.¹⁵¹ Ale ani lékař nemůže smysl předepsat, může pouze podpořit pacienta v jeho hledání, které však samo o sobě musí být autonomní a nezávislé.

¹⁴⁸ LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Brno: 2002, s. 16.

¹⁴⁹ Např. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 151.

¹⁵⁰ MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: 1971, s. 70.

¹⁵¹ FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: 2006, s. 54.

4. Principy lékařské etiky, informovaný souhlas

„Neboť neexistuje žádná nemoc, ale nemocní lidé.“

G. Groddeck

Kritici moderní přístrojové medicíny ji obrazně nazývají jako „mlčící“ a poukazují na nedostatečnou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Jednou z hrozeb moderní doby je institucionalizace života a s ní související překážky pro autentický dialog. „Tím vším však v moderní době – a to ve všech zemích světa bez rozdílu – zákonitě roste určitý počet lidí, kteří nejen nemohou cítit bytostný zájem na rozvoji dialogu, ale kteří musí více či méně pociťovat i odpor k němu.¹⁵² Přitom indikace pro vyšetření a léčbu i celý proces rozhodování nelze zajistit pouze s pomocí přístrojů, je velkým dílem osobní povahy. Specializovaní lékaři ztrácí schopnost postarat se o nemocného komplexně. Vidění pacienta pouze ze zorného úhlu dané specializace však může znamenat nebezpečí. Díky rozvoji přírodovědné metodologie jsou lékařské postupy mnohem účinnější, v souvislosti s tím však hrozí riziko jednostrannosti a dehumanizace medicíny. Medicína má být zaměřena na nemocného člověka a jeho nejbližší, nikoli pouze na určitou poruchu zdraví daného jedince.¹⁵³

Každé jednání lékaře s pacientem by mělo vycházet ze základních principů lékařské etiky. Dílčích etických zásad v medicíně existuje mnoho a jsou uvedeny v etických kodexech a chartách. Ke stěžejním principům vzhledem k tématu této práce patří princip non-maleficence, beneficence a autonomie. Cílem této práce není principy podrobně analyzovat, to již detailně provedli Beauchamp a Childress v knize *Principles of Biomedical Ethics*. V následujícím stručném vymezení budu vycházet hlavně z tohoto pramene a doplním jej některými podněty z jiných děl.

V praxi se snadno stává, že konkrétní rozhodnutí dle jednotlivých principů nejsou v souladu, mohou se dokonce navzájem vylučovat. Lékařská praxe je živnou půdou pro vznik četných morálních dilemat. Lékařův respekt k principům non-maleficence, beneficence nebo responsibility může v praxi snadno odporovat principu autonomie. Nástrojem k usmíření podobných dilemat je informovaný souhlas, pomocí něhož lze jednotlivé principy uvést do relativní rovnováhy.

¹⁵² MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*. Praha: 2006, s. 101.

¹⁵³ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: 2003, s. 17.

4.1 Princip non-maleficence

Princip non-maleficence znamená povinnost nepůsobit poškození druhým a záměrně se zdržet jednání, které by toto poškození způsobilo. Pravidla non-maleficence jsou tzv. negativními (pasivními) zákazy určitého jednání, velmi často poskytují morální důvody pro legální zákaz určitého jednání. Souvisí např. s trestným činem zabití nebo újmy na zdraví. V morální rovině může souviset „s nepůsobením křivdy“ nebo „s nepřipravováním druhých o dobra života“. Právo i morálka rozeznává tzv. standard přiměřené péče (cíle, o něž se usiluje, musí ospravedlňovat zátěž a rizika související s těmito cíly). Nepřítomnost přiměřené péče lze označit jako nedbalost.¹⁵⁴

4.2 Princip beneficence

Princip beneficence znamená závazek konat dobro a vyhýbat se působení újmy.¹⁵⁵ V medicíně vyjadřuje morální povinnost lékaře jednat ve prospěch pacienta, předcházet poškození a rozvažovat možný prospěch a rizika. Je centrálním principem v biomedicínské etice, neboť zachycuje následující skutečnost: v morální oblasti není možné aktivně vytvářet prospěchy nebo eliminovat škody, aniž bychom nevytvářeli rizika nebo alespoň „náklady“ vynaložené na tento prospěch. Je třeba určit, které jednání vytváří prospěch převažující nad riziky a vynaloženými „náklady“, přičemž „pravděpodobný prospěch“ je opakem rizika. Prospěchem v biomedicíně se obvykle rozumí život nebo zdraví. Pravidla beneficence, na rozdíl od pravidel non-maleficence, jsou pozitivními požadavky jednání a zřídka kdy poskytují důvody pro legální potrestání. K těmto pravidlům patří např. ochrana práv druhých, předcházení poškození druhých, odstraňování okolností, které tato poškození způsobují, pomáhání oslabeným osobám aj.¹⁵⁶

4.3 Princip autonomie a právo na sebeurčení

Autonomie¹⁵⁷ poukazuje na právo určovat své vlastní chování a jednání dle osvojených etických struktur, osobních hodnot a přesvědčení.¹⁵⁸ V bioetickém kontextu se dotýká především práva na sebeurčení a informovaného souhlasu. Právo na autonomii však nelze

¹⁵⁴ BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: 1994, s. 189–192.

¹⁵⁵ IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: 2005, s. 58.

¹⁵⁶ BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: 1994, s. 259–260.

¹⁵⁷ řeč. autos – sám, nomos – vláda (sebevláda, svézakonodárství)

¹⁵⁸ IVANOVÁ, K. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: 2005, s. 58.

vyjímat z kontextu dalších práv a povinností nemocného i lékaře. Autonomie nemocného má omezenou platnost, neboť lékař nese plnou právní zodpovědnost za léčbu pacienta. V této souvislosti dochází k diskusím na téma autonomie versus paternalismus.¹⁵⁹ Jako konsensuální řešení se ukazuje pacientův podíl na odpovědnosti za své zdraví při zachování partnerského přístupu ve smyslu občanských práv. Součástí tohoto řešení je plný informovaný souhlas, ne ve smyslu pouhého odsouhlasení ze strany pacienta, ale ve smyslu kontinuálního dialogu a dohody mezi pacientem a lékařem.

Právo na sebeurčení se týká pouze bytostí svobodných a rozumných, tedy osob. Osobami v našem přirozeném světě mohou být pouze lidé. Pojem „sebeurčení“ lze vyjádřit jako „schopnost být osobou, tj. být pánem sebe sama, být si vědom svých skutků a nést za to příslušnou odpovědnost“. V tomto smyslu tzv. právo na sebeurčení odpovídá pojmu autonomie. Základním rysem osoby jsou nezadatelná lidská práva a s tím související povinnosti. Pokud se pomáhající chová k pacientovi (klientovi) jako k ne-osobě, jedná se spíše o destrukci druhého člověka a závažné profesionální selhání.¹⁶⁰

Nakládání s člověkem jako s osobou, tedy respekt k jeho nezcizitelným lidským právům, lze označit jako respekt k jeho důstojnosti. V evropské kultuře ovlivněné starořeckými a křesťanskými kořeny je důstojnost odvozována ze tří hlavních zdrojů: stvoření člověka k Božímu obrazu, rozumových schopností a svobody, kdy si člověk bez nátlaku volí následování dobra v souladu s vlastním svědomím. Tato svoboda však umožňuje i rozhodnutí proti dobru, dar lidské důstojnosti může být dvojsečný.¹⁶¹

Praktický význam teoretických úvah o lidské osobě souvisí s rozlišováním mezi inkluzivistickým a exkluzivistickým pojetím. Např. zastánci pokusů s embryi by vycházeli spíše z pojetí exkluzivistického, kdy osobou je pouze ten jedinec, který si je aktuálně vědom svých práv a povinností (svobody a zodpovědnosti). Toto pojetí vychází hlavně z filosofie J. Locka.¹⁶²

4.5 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas představuje „individuální, autonomní a dobrovolnou autorizaci lékařské intervence nebo účasti ve výzkumu“.¹⁶³ Článek 5 Úmluvy o lidských právech

¹⁵⁹ IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc: 2004, s. 25.

¹⁶⁰ MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In Fischer, O., Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: 2008, s. 135.

¹⁶¹ Tamtéž, s. 138.

¹⁶² Tamtéž, s. 136.

¹⁶³ BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: 1994, s. 144–146.

a biomedicíně stanoví, že je možno jakýkoli zákrok v medicíně provést jedině tehdy, pokud k němu dotyčná osoba předem poskytla svobodný a informovaný souhlas, který lze kdykoli odvolat. Zákon o péči o zdraví lidu v § 23 odst. 1 stanoví, že je lékař povinen vhodným způsobem poučit pacienta o povaze onemocnění a potřebných zákrocích. Za zákrok se považují preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační výkony i výzkum.¹⁶⁴

Informovaný souhlas je poměrně novou „strukturou sociálních vztahů mezi lékařem a pacientem“. V rámci informovaného souhlasu je nutno provést rozhodnutí ve třech úrovních, jimiž jsou: kompetence pacienta, konflikt principů a konflikt zájmů. Informovaný souhlas je vždy dilema, neexistuje obecně platné rozhodnutí, které by bylo platné ve všech konkrétních případech. Informovaný souhlas umožňuje vyvážení principu autonomie a non-maleficence (beneficence). Jde o oboustrannou dohodu na základě hlubšího poznání souvislostí. Lékař by si měl zjistit potřebné informace o pacientovi a jeho chorobě a při každém rozhodování by měl vycházet z celkového kontextu daného případu. K důležitým informacím patří hlavně zjištění vyzrálosti pacientovy kompetence v rozhodování, kterou lze zjistit skrze komunikaci s nemocným, z jeho projevů, otázek a reakcí.¹⁶⁵

4.5 Shrnutí vzhledem k thesi

Ordinaci lékaře navštěvují lidé v nejrozličnějších životních situacích, jejich zdravotní problémy mohou úzce souviset se stresem, s nízkou kvalitou života, ztrátou životního smyslu a s krizí. Adekvátní reakci lékaře v těchto situacích lze velmi obecně vymezit jako jednání, které v souladu se základními principy lékařské etiky vede k maximálnímu dobru. Pokud pacient není v kómatu (zde by byly uplatňovány principy „do not resuscitate“, o nich v ČR rozhoduje lékař), musí být měřítkem rozhodování jeho autonomní úvaha o tom, co právě pro něj toto dobro (kvalitu života) představuje. S pomocí oboustranného informovaného souhlasu pak dochází k dobrovolné a svobodné autorizaci lékařského zákroku, přičemž hlavním kritériem zůstává kvalita života pacienta. Totéž se týká účasti ve výzkumu, kdy zájmy jednotlivého pacienta převyšuje zájmy výzkumné a společné.¹⁶⁶

¹⁶⁴ MACH, J. *Medicína a právo*. Praha: 2006. s. 18–19.

¹⁶⁵ PAYNE, J. *Informovaný souhlas*. (přednáška v rámci prezentačního semináře 4. ročníku postgraduálního studia lékařské etiky). Praha: I.LF, Ústav pro humanitní studia v lékařství, 25. 3. 2009.

¹⁶⁶ Úmluva o lidských právech a biomedicíně. [online]. ©2010, posl. aktualizace 1. 3. 2010 [cit. 10. 3. 2009]. Dostupné z: http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm.

V rámci komunikace s pacientem hodnotí lékař jeho kompetenci rozhodovat. Tot hodnocení nelze činit pouze intuitivně, je zapotřebí elementárních znalostí o rizikových společenských jevech, v jejichž „začarovaném kruhu“ se zranění nebo chronicky nemocní pacienti mohou nacházet a ztrácet tak náhled na svůj zdravotní i existenciální stav. Lékař může mít téměř výhradní možnost chránit zájmy takto oslabených pacientů, především osob nezletilých nebo osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům. Vedle těchto pacientů, jejichž situaci dostatečně ošetřuje platná legislativa, existují i skupiny lidí s plnou způsobilostí k právním úkonům, z hlediska práva tedy kompetentních. Fakticky se ale jedná o osoby závislé (na péči, citově, materiálně), kterým sebemenší náznak lidského zájmu nebo patřičné informace mohou dodat naději v řešení nedůstojné životní situace. K těmto pacientům nejčastěji patří senioři s nižší mírou soběstačnosti nebo oběti partnerského násilí. Zde je na místě reflektovat především princip responsibility.

5. Holismus a holistické prvky léčby

„Žádný z přírodních jevů nelze zkoumat izolovaně. Abychom jej pochopili, musíme o něm uvažovat ve spojení s celou přírodou.“

Francis Bacon

Pojem „holismus“ vychází z řeckého holon – celek. V roce 1926 jej zavedl jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts ve své knize „Holismus a evoluce“. Podle něho celek není pouhým souhrnem částí, ale nehmotný a nepoznatelný činitel celistvosti. Celek sice lze rozdělit na části, ale rozložením celistvost zanikne. Má neanalyzovatelný, mystický charakter. „Tento směr řešil problém vztahu celku a části na základě filozofie, která více či méně zabsolutňovala celek.“ Vlastní holismus založil J.S. Haldane na poč. 20. st. jako reakci na mechanicismus v biologii¹⁶⁷, Smuts však tento směr systematizoval. Holismus je považován za pokračování úsilí Aristotela, Leibnize a Hegela, kteří se zabývali celistvostí. Různí zastánci holismu zdůrazňují, že celistvost je osobitým stálým principem existence. Pokud by byl však holismus vnímán tak, že část musí být podřízena celku, hrozí zde nebezpečí oprese jednotlivců (německý fašismus podporoval holistický způsob myšlení).¹⁶⁸

Český vědec Jan Bělehrádek hájil stanovisko, že ve vědě je nutno myslet oběma způsoby – analyticky i komplexně. Odmítal tvrzení, že jedinou vědeckou metodou je analýza. Předchůdce holismu viděl již v Aristotelovi a v jeho požadavku nazírat objekt jako celek. Bělehrádek vycházel z Morganovy teorie emergentního vývoje, podle níž vznikají kvality - emergenta, která nejsou dána součtem výchozích látek. Celky mají určitý stupeň vnitřní svobody, která vzrůstá s postavením celku (celky anorganické – organické – duchové).¹⁶⁹ Radim Palouš pojímá holismus jako celkovost, která připouští a vyžaduje transcendenci hotových artefaktů a odhaluje příležitost znovu a nově tvořit. Klade jej do protikladu s totalismem – definitivní uzavřeností.¹⁷⁰ Inspirován svým učitelem Janem Patočkou klade do souvislosti totalismus a krizi, která souvisí s dvěma základními propastmi: sekularizačním ohrožením mravních základů na jedné straně a dogmatickým fundamentalismem a sektářstvím na straně druhé. Tato „suverénní totalizace“ umrtvuje přirozenou podstatu světa a přirozený puls veškerenstva, který je reprezentován právě

¹⁶⁷ HALDANE, J. B. S. *Fact and Faith*. London: 1934.

¹⁶⁸ KOLEKTIV AUTORŮ. *Filosofický slovník*. Svoboda, Praha: 1985, s. 244–245.

¹⁶⁹ Stručný výkladový slovník českých skeptiků. [online]. ©2006, posl. aktualizace 12. 6. 2009 [cit. 4. 7. 2009]. Dostupné z: <http://www.sysifos.cz/index.php?id=slovník&act>.

¹⁷⁰ PALOUSH, R. *Totalismus a holismus*. Praha: 1996, s. 10.

holistickým přístupem. Holismus je opakem redukcujících přístupů, respektuje i určitou nezbadatelnost a tajemství. Také na tomto základě Palouš varuje před „totalizujícím uzavíráním jednotlivých specializací do relativně oddělených škatulek“¹⁷¹

Holistické pojetí může být uplatňováno v systému, organismu, sociální struktuře a dalších celcích. Holistické myšlenky se objevují u předsokratiků (Herakleitos) i v klasické antice (Platón, Aristoteles), na významu získaly tyto myšlenky u Spinozy, Leibnize nebo Hegela. Pronikly též do analytické filosofie a naznačily její hranice. Jisté analogie nalezneme v hermeneutice (hermeneutický kruh), ta však představuje spíše „konkurenční“ filosofický směr, podobně jako strukturalismus. Holismus byl vehementně kritizován např. Popperem.“ Opakem holismu je merismus (řec. meros – část). K jeho zastáncům patří např. genetik A. Weismann.¹⁷²

5.1 Vliv holistického myšlení na přístupy ke zdraví

Podle holistické teorie je živý organismus jednotným celkem, jehož části jsou ve vzájemné interakci. Porucha jednotlivé části znamená poruchu celého systému. „Holistické zdraví“ zahrnuje vedle tělesné zdatnosti i prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání zátěže, sociální aspekty, sebekoncepci a duchovní aspekty osobnosti. Holistická péče pomáhá lidem převzít zodpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob životního stylu a mobilizaci vnitřních hojivých sil.¹⁷³

Budeme-li zkoumat holismus v souvislosti s vymezením pojmu „zdraví“, nalezneme převahu tzv. holistických definic zdraví. V těchto definicích je zdraví chápáno jako nezastupitelný celek, který je více než souborem jednotlivých částí. Jedinečnost spočívá právě v komplexitě a propojenosti jednotlivých částí.¹⁷⁴ Holistické pojetí není jediným přístupem ke zdraví, lze jej však označit jako převažující. Kromě jiného umožňuje stanovit správnou diagnózu. Obtíže pacienta mohou pramenit z celého komplexu problémů a potom je třeba spolupracovat s dalšími odborníky.

Pokud je člověk nemocen, nikdy primárně nejde o nemoc výhradně duševní, duchovní nebo somatické podstaty. Nemoc se týká celé jednoty člověka, i když se přitom dostávají

¹⁷¹ Tamtéž, s. 7–9.

¹⁷² BERTRAM, W. G., LIPTOW, J. Holismus in der Philosophie. Eine Einleitung. In *Holismus in der Philosophie*. Weilerswist: 2002, s. 7–11.

¹⁷³ MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno, 1999, s. 8.

¹⁷⁴ KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 20.

do popředí jednotlivé aspekty. Bolest projevovaná skrze jednu tuto dimenzi poukazuje na narušení celkové podstaty bytí daného jedince.¹⁷⁵

Pomáhající profese se často dotýkají citlivé oblasti vztahu člověka k životu. Je nutné, aby jakákoli forma pomáhání člověku byla založen na celistvém porozumění a přístupu.¹⁷⁶ Zastánci holistického přístupu v pomáhajících profesích zdůrazňují význam sociální sítě daného jedince, stávající nebo chybějící sociální oporu, začlenění do sociálních vazeb. Žije-li ve stabilním sociálním prostředí, působí tato skutečnost na jeho zdravotní stav.¹⁷⁷

5.2 Medicínské modely a jejich vztah k celku

Medicína přelomu 19. a 20. století byla zaměřena především na biochemické funkce lidského organismu, na anatomii a mikrobiologii. Je třeba uznat, že podstatná část problémů se na této rovině vyřešila. Právě v tomto období slavila lékařská věda úspěchy a objevy, které po dlouhou dobu pozitivně ovlivňovaly péči o zdraví. Na základě těchto poznatků však často nebylo možné ovlivnit celkovou kvalitu pacientova zdraví, především v případech dlouhodobých, chronických onemocnění nebo zatěžujících zdravotní problémů bez prokazatelných organických nálezů. Proto antropologicky a filosoficky orientovaní lékaři formulovali rozličné modely tzv. celostní medicíny. Zde je třeba jmenovat Viktora von Weizsäckera, jehož hlavním cílem byla humanizace medicíny. Snažil se o zakotvení medicínského pohledu do širšího antropologického rámce – do celku, který by neopomíjel také duchovní potřeby pacienta, právě on označoval nemocného jako „subjekt v krizi“. Prvním stupněm jeho „antropologické medicíny“ byla psychoanalýza, druhým psychosomatická medicína. Třetí stupeň byl nazýván antropologickým a Weizsäcker jej vymezoval jako „přítomnou budoucnost, která v sobě zahrnuje i historickou minulost“.¹⁷⁸ Sám Weizsäcker hodnotí pokus humanizovat medicínu za nevydařený. Pokládal za chybu, že člověk, který chtěl obohatit medicínský kontext o antropologickou dimenzi, se musel prezentovat svými intelektuálními výkony, které však vycházely pouze ze znalostí přírodovědného rázu.¹⁷⁹

Jako reakce na příliš mechanický biomedicínský model vznikla také psychosomatická medicína. Byla rozpracována již v první polovině 20. st. Základní myšlenkou je úzká souvislost těla a duše pacienta v kontextu jeho prostředí (multikauzální přístup). K předním

¹⁷⁵ DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: 2001, s. 13.

¹⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: 1996, s. 43.

¹⁷⁷ KAPR, J. a kol. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: 1998, s. 41.

¹⁷⁸ WEIZSÄCKER, V. *Grundfragen Medizinischer Anthropologie*. Tübingen, 1948, s. 19–20.

¹⁷⁹ Tamtéž, s. 29.

představitelům psychosomatické medicíny patří Medard Boss, který se snažil poukazovat na přílišnou fixaci na somatické procesy při stanovení diagnózy. Redukcí pacienta na sóma je podstatně omezena možnost odhalit např. patogenní poruchu v mezilidských vztazích pacienta. Ta může být hlavní příčinou pacientových problémů, přičemž organický nález má jen sekundární relevanci.¹⁸⁰ Další průkopník psychosomaticky zaměřeného myšlení G. Groddeck uvádí, že není možné zavrhnout přírodovědeckou a technicistní medicínu. Je nutné ji však doplnit o humánní aspekt. Upozorňuje na smysluplnost nemoci a na nutnost individuální léčby každého pacienta. Pokud zdánlivě nesmyslnou nemoc dáme do smysluplné souvislosti s biografií nemocného, z patologie vyplynou nové nosné formy a určitý řád. To se však nepodaří, pokud lékař redukuje pacienta na míru a číslo, aniž by reflektoval jeho existenciální situaci. Technika však zůstává důležitou součástí léčby a v celé řadě případů může být léčba klinických příznaků funkční. Při etiologii složitějších, chronických chorob, které zasahují celý systém pacientova života, však taková léčba nedosahuje dlouhodobých účinků.¹⁸¹

Od 70. let 20. st. navazuje na východiska psychosomatiky behaviorální medicína. Jedná se o přístup, který zdůrazňuje interakci biologických a behaviorálních faktorů ve všech hlavních medicínských úkonech (diagnostika, terapie, rehabilitace a prevence). V 80. letech 20. st. vzniká také psychologie zdraví, která do oblasti zdraví aplikuje psychologické poznatky.¹⁸²

Ve 20. st. však v medicínském myšlení převládal biomedicínský (organopatologický) model. Člověk byl nemocný teprve tehdy, pokud se podařilo prokázat patologické změny tkání nebo tyto změny bylo možné pouze předpokládat z důvodů nedokonalé medicínské techniky.¹⁸³ Tento biomedicínský model byl ovlivněn dualismem. Každá nemoc měla jednu konkrétní příčinu (monokauzální přístup), která byla tělesné povahy.¹⁸⁴ Tento model však nemohl vysvětlit původ některých neinfekčních chronických onemocnění, která ovlivňují moderní civilizaci.¹⁸⁵

V současné době se hovoří o tzv. biopsychosociálním modelu medicíny. Tento model rozšiřuje pohled daný biomedicínským přístupem o psychologické a sociální faktory a v moderních medicínských teoriích se jeví jako velice uznávaný. Tento model je uznáván jako stěžejní vzhledem ke kontextuálnímu přístupu k nemocnému. Biologické,

¹⁸⁰ BOSS, M. *Praxis der Psychosomatik: Krankheit und Lebensschicksal*. Bern: 1978, s. 236.

¹⁸¹ GRODDECK, G. *Krankheit als Symbol*. Frankfurt am Main: 1983, s. 39.

¹⁸² KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 15.

¹⁸³ BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: 2000, s. 11.

¹⁸⁴ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 14.

¹⁸⁵ MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: 1999, 36.

psychologické i sociální komponenty se spolupodílejí na vzniku, vývoji i léčbě nemoci a lékař při terapii využívá jejich vlivu. Podíl jednotlivých složek se liší v závislosti na konkrétním případě. Proto je třeba se zajímat o širší kontext pacientova onemocnění, hledat možné souvislosti mezi důležitými událostmi pacientova života a jeho současným klinickým obrazem. Vymětal zdůrazňuje též ekologickou dimenzi medicíny a nazývá jej bioekopsychosociální modelem. Ekologická dimenze zahrnuje biologické, fyzikální a chemické vlivy prostředí, které působí na lidské zdraví.¹⁸⁶

5.3 Shrnutí vzhledem k thesi

Medicínu respektující zdraví lidské bytosti ve světle celku lze nazvat celostní. Pojem „celostní“ je někdy používán jako synonymum pojmu „alternativní“, což je důsledkem proklamovaného důrazu alternativních směrů na všechny dimenze lidské bytosti. Původně však byla i klasická medicína tzv. holistická a lékaři vyzdvihovali celek jako stálý princip existence a její duchovní podstatu. Nejbližší cílům této práce je Paloušovo pojetí, kdy je holismus kladen do úzké souvislosti s otevřeností a tajemstvím, které jsou podstatou přirozenosti světa. „Ostré čáry“ vedené mezi jednotlivými specializacemi vyvolávají totalismus, k člověku je třeba přistupovat otevřeně a v kontextu jeho celku. Toto pojetí umožňuje stanovení správné diagnózy, v níž je zohledněna i sociální situace pacienta (člověk jako zoon politikon).

Respekt k celku zohledňují především antropologicky a filosoficky orientované lékařské modely. Jejich zastánci vnímali lidské zdraví v širokých souvislostech, nemoc vnímali v kontextu nebo ji dokonce kladli do souvislosti s problematikou existenciální krize. V současné době jsou kritizovány takové modely, které redukují člověka na pouhé sůma, zvýšenému zájmu se naopak těší přístupy těch lékařů, kteří dokáží vnímat nemoc v kontextu životního příběhu pacienta.

Myšlenky spojené se zdravím jako celkem objevují v mnoha deklaracích a chartách (Ottawská Charta, Edinburská deklarace, Vídeňská deklarace atd.) a jsou zaváděny do výuky na lékařských fakultách. Právě vzdělání vnáší jedince skrze jeho vlastní bytí do spoluvědění celku.¹⁸⁷ Technické know-how oddělené od celku nelze nazývat vzdělaností. Vzdělanost se dotýká samotné existence, jednoty s vlastní duchovní podstatou.¹⁸⁸

¹⁸⁶ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: 2003, s. 18.

¹⁸⁷ JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Praha: 2008, s. 104.

¹⁸⁸ Tamtéž, s. 118.

III. Zdůvodnění předložené these

6. Krize jako výzva ke změně smyslu života

„Kdo chce v krizi dojít k původu, musí projít ztraceným, aby si je osvojil ve vzpomínce, proměřit bezradnost, aby došel k rozhodnutí o sobě, vyzkoušet maškarádu, aby vystopoval to pravé.“

Karl Jaspers

Fenomén krize provázel člověka odedávna, proto také prolíná filosofickými texty od antiky dodnes. Aktuálním tématem se stával vždy v období válek, kdy se celospolečenská situace zrcadlila v existencích jednotlivců. Přestože je smyslu krize věnováno tolik prostoru v myšlenkách vzdělavců, člověk obecně ji pojímá spíše jako překážku a pojetí krize jako výzvy vyznívá spíše naivně. Jako by stále dominovala naděje v to, že údělem člověka je žít zcela bezstarostný život a vše jiné je bezprávím. Často teprve mezní situace, kdy je nutné hledat řešení, mohou člověka motivovat k odkrývání cenného poznání a hlubší podstaty života.

6. 1 Vybraná filosofická zdůvodnění

Podle Jana Patočky jsou celé dějiny založeny na otřesení každého dosavadního smyslu a na otevřenosti člověka pro tuto „problematicnost“. Rozeznává několik základní pohybů lidského života, přičemž k tématu krize se váží především pohyb akceptace a pohyb pravdy (život v pravdě).¹⁸⁹ Cílem akceptace je adaptace člověka ve světě, slovy přírodních věd „mechanická přizpůsobenost.“ Není možné provádět „vpád do veškerenstva“ bez tohoto fundamentálního pohybu. Bytostně žít však znamená žít v modu iniciativy a vyhlížení naskytujících se možností, respektive žít v atmosféře „aktivního napětí a krajního rizika“. ¹⁹⁰ Autor užívá pojmu „naléhavý čas“, který znamená stálou bdělost, jež je zároveň stálou nezakotveností, hledáním a odhalováním. Člověk se tak vypravuje na dalekou cestu, na níž lze mnoho získat i ztratit. ¹⁹¹ Život s sebou nezbytně nese tíži, ta však poukazuje k ulehčení. ¹⁹²

Patočka zmiňuje Heideggerovu analýzu základního vynacházení, tedy úzkosti. V ní se otevírá možnost „postavení před nic“. Tuto úzkost jmenovitě ztotožňuje s okamžikem „krize“ a naznačuje její ambivalenci – riziko „strašné nehybnosti“ na jedné straně anebo

¹⁸⁹ PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Praha: 1990, s. 45.

¹⁹⁰ Tamtéž, s. 52.

¹⁹¹ Tamtéž, s. 42.

¹⁹² Tamtéž, s. 47.

„návrat zpět do světa“ – ke smyslu a významnosti, nikoli však k věcem neotřesitelným a neproblematickým, jakkoli se tak dříve jevily (pohyb akceptace).¹⁹³ Otřesení akceptovaného smyslu může znamenat objevení svobodnějšího a náročnějšího smyslu. V úzké souvislosti s tímto objevením je pak „výslovné užasnutí nad jsoucnem vcelku.“¹⁹⁴ Pouze bytostné otřesy probouzejí ducha a vědomí, že všechno je možné. Jen tak se lze přiblížit k Bohu, píše Kierkegaard.¹⁹⁵

Životu je třeba porozumět nejen z pohledu dne (z pohledu žití, pohybem akceptace), ale i z hlediska noci, boje. ¹⁹⁶ „... ve chvíli, kdy život se obnovuje, je *všecko* v novém světle – svobodnému spadly šupiny z očí, ale ne aby viděl *nové věci*, nýbrž aby je viděl *nově*: jsou zde jako krajina bleskem ozářená, v níž stojí sám, bez opory a odkázán pouze na to, co se mu ukazuje ...“ ¹⁹⁷ Patočkovu básnické ztvárnění situace krize naznačuje, že tento jev lze nejlépe uchopit pomocí metafor, nikoli verifikovatelně.

Pouze mezní prožitky, které otevírají referent, v sobě skrývají možnost žít ve třetím životním pohybu – životu v pravdě. „Jsme vždy na cestě a cesta má vždy horizont, referent. Záleží na nás, jestli budeme určováni jen věcmi na cestě (rescendence) anebo budeme transcendovat přes horizont na konci cesty.“¹⁹⁸ Právě bolest otevírá referent, dochází k transcedenci a návratu k celku. ¹⁹⁹ Životu je vlastní jeho základní polarita – radost a bolest a ty jsou prožívány skrze tělesnost. Heidegger psal o odkrytí vlastního dna, kdy zároveň odkrýváme i pramen nejvyšší radosti. ²⁰⁰ Patočka spojuje utrpení s vinou: „...poznej se utrpením, poznej svou mez, vezmi a nes svou vinu a doved' ji k očistě.“ ²⁰¹ Smyslu bolesti se budu více věnovat v kapitole 8. 3. 2.

Duchovním hledáním v nesnadné situaci je zaujat německý filosof Ernst Jünger. Ve svých eseích čerpá z vlastních válečných zkušeností, nebrání se tvrdé kritice poválečné společnosti a mnohé jeho otázky neztrácejí na aktuálnosti ani dnes. Vyjadřuje se většinou nepřímou – metaforicky, s využitím mytických prvků. O to výrazněji je čtenář konfrontován se skutečností, že některé krizové momenty se v dějinách pravidelně opakují a výrazně ovlivňují směřování jedince v té či oné situaci. „Vůbec lze vyšší rytmus dějin objasnit z toho, že člověk periodicky objevuje sebe sama. Vždy tu působí síly, jež ho chtějí maskovat, jednou síly totemické, podruhé magické a jindy technické. Tehdy roste strnulost

¹⁹³ PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Praha: 1990, s. 71.

¹⁹⁴ Tamtéž, s. 73.

¹⁹⁵ KIERKEGAARD, S. *Bázeň a chvění*. Praha: 1993, s. 144.

¹⁹⁶ PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Praha: 1990, s. 58.

¹⁹⁷ Tamtéž, s. 54.

¹⁹⁸ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 20.

¹⁹⁹ Tamtéž, s. 67.

²⁰⁰ Tamtéž, s. 74–76.

²⁰¹ Patočka, J. cit. dle HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 129.

a s ní i strach. Umění stagnuje, dogma se stává absolutním.“²⁰² Osudové rány přicházejí proto, aby volaly na kolbiště člověka jako takového.²⁰³

Jünger pojímá katastrofickou situaci jako tu, která má nepopíratelný smysl a nabízí „exercicie ducha“. ²⁰⁴ V této situaci je třeba postavit se k ní čelem a hledat způsob, jak se nechat více vtáhnout. ²⁰⁵ To však neznamená, že bychom ji měli aktivně vyhledávat, „promýšlet extrémní dráhy a opomíjet sjízdné cesty.“ Katastrofy však patří mezi prubířské kameny, které skýtají poznání jisté svobody, a člověku není dovoleno se jim vyhýbat. ²⁰⁶ Zdaleka ne všichni, kteří prožili krizi, si zcela uvědomují, že značné oběti a ztráty mohou být spojeny s přírůstkem jisté suverenity.²⁰⁷

Člověk zaklíněný do konstrukcí, lenosti a bez vědomí základu se přibližuje velkým nebezpečím a bolestem. Právě v situaci odsouzení a prokletí však potkává sebe sama a svou moc. „Z hada smrti se stává hůl, žezlo, jehož se chápe vědoucí.“²⁰⁸

Karl Jaspers se ve svém díle věnoval momentu transcendentna, který se ve své původnosti otevírá v existenci člověka a v jeho svobodě. Podobně jako Jünger se často dotýká problematiky totalitarismu v kontrastu s touto svobodou. Dle Jasperse vzniká vědomí svobody v člověku na základě „rozmanitosti protikladných možností“, kdy se ukazuje jeho transcendence. Jde o situace, kdy se v předmětném světě (rozpadlém do vztahu subjekt – objekt) rozpadá každá opora. Základ lidství tkví v solidaritě těch, kteří prokazují „odvahu duchovní samostatnosti a svobody“ v tomto troskotání.²⁰⁹ Překonání tohoto troskotání (duchovního rozpadu) může vést k opětovnému upevnění v životě, ale i „k nekonečné otevřenosti duchovního pohybu“, kdy se odhalují největší duševní síly.²¹⁰

Živnou půdou pro návrat „k existenciálnímu já“ jsou právě mezní situace (boj, vina, utrpení, smrt). „Jejich neřešitelnost drtí zdánlivé opory běžného života a otevírá jinou perspektivu pochopení světa.“²¹¹ V mezní situaci se mění ustrnulý vztah ke světu, navyklé postoje a předsudečné myšlení. Svoboda člověka spočívá v odvaze ke ztroskotání, k neustálému nabývání podob a jejich opětovnému ztrácení.²¹² Na příkladu biblického Jóba autor ukazuje důležitost pochopení toho, že člověk nemůže přesně znát pravou podstatu

²⁰² JÜNGER, E. *Chůze lesem*, Praha: 1994, s. 26.

²⁰³ Tamtéž, s. 34.

²⁰⁴ JÜNGER, E. *Chůze lesem*, Praha: 1994, s. 28.

²⁰⁵ Srov.: KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 13.

²⁰⁶ JÜNGER, E. *Chůze lesem*. Praha: 1994, s. 32–33.

²⁰⁷ Tamtéž, s. 54.

²⁰⁸ Tamtéž, s. 35.

²⁰⁹ JASPERS, K. *Šifry transcendence*. Praha: 2000, s. 19.

²¹⁰ Tamtéž, s. 25.

²¹¹ Tamtéž, s. 17–18, srov.: PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Praha: 1990, s. 13.

²¹² Tamtéž, s. 49.

věcí a že je třeba dojít odevzdanosti.²¹³ Kniha Jób byla inspirací pro tvorbu dalších myslitelů, jejichž díla se stala variacemi na toto biblické téma.²¹⁴

Bytí člověkem se realizuje „v neustálém duchovním zápase heterogenních počátků“ a vstupováním do komunikace s druhými v rámci tohoto zápasu, aniž bychom však ztráceli své vnitřní, bytostně rozdílné cesty a svou vlastní odpovědnost. Tuto tzv. odpovědnost nelze vědecky vykázat, patří však „k nezpochybnitelným jistotám“.²¹⁵

Uvedené these naznačují další závažný etický problém, totiž nutnost neustálého hledání hranice své „bytostně rozdílné cesty“ tam, kde tato hranice neohrožuje zvolený směr druhého, respektive konsensuální směřování celé společnosti. Tento problém se, podobně jako krize, objevuje snad v celých dějinách etiky a filosofie, odtud vycházejí základní myšlenkové směry (utilitarismus, liberalismus atd.), jejichž zastánci ovlivňovali tu či onu politickou epochu. Rozbor těchto směrů s aplikací na palčivé společenské problémy není cílem této práce, jedná se však o stále aktuální podnět pro zkoumání v kontextu kulturních a sociálních proměn ve společnosti.

Jaspers ve svém textu *Duchovní situace doby* užívá přímo pojmu „krize“ a kriticky popisuje její kořeny. „Zdá se, že člověk vchází jen do toho, co by mělo být prostředkem, ne účelem, nemluvě už o smyslu. Nemůže v tom však najít uspokojení, chybělo by mu to, co mu dává hodnotu a důstojnost. Co bylo ve vši bídě nepochybným pozadí jeho bytí, mu mizí. Zatímco své pobývání rozšiřuje, zdá se, že se vzdálil od bytí, v němž přichází sám k sobě ... Pokud se vše roztrhalo do účelnosti pouhých zájmů pobývání, pak se ruší vědomí substanciality celku.“²¹⁶ Ve své knize *Allgemeine Psychopathologie* popisuje průběh krize, kdy život ztrácí svůj obvyklý chod, prožitky jsou hnány do krajnosti. Pokud jedinec odmítá rozhodnutí a změnu, o dalším vývoji rozhodne praktický průběh života. Pro člověka má krize zásadní význam, který nemusí být zvenčí pozorován. Nelze ji přeskochit. Jde o bod, kdy vše podléhá zvratu a z člověk z tohoto bodu vychází proměněn. V pozitivním případě stojí na novém počátku, v negativním se stává obětí krize a podléhá.²¹⁷ Jaspers zároveň naznačuje, že i ztroskotání může být významné z hlediska existenciálního pobývání člověka: „Uskutečnění ve ztroskotání může být tak skutečné jako v úspěchu. Co má přednost z hlediska transcendence, nemůže nikdo vědět.“²¹⁸

²¹³ Tamtéž. s. 62.

²¹⁴ DOSTOJEVSKIJ, F. M. *Něžná*. Praha: 1999.

²¹⁵ JASPERS, K. *Šifry transcendence*. Praha: 2000, s. 69.

²¹⁶ JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Praha: 2008, s. 84.

²¹⁷ JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: 1965, s. 686.

²¹⁸ JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Praha: 2008, s. 101.

Skrze prožitou krizi může člověk znovu získat sebe skrze vůli ke svému celku, „duchovní výtvar“ v podobě vědomí podstaty a svobodné sebetvoření.²¹⁹ Odkrytím pravého já (které je vždy duchovní podstaty) dochází také k odkrytí latentního vztahu k transcendentnu.²²⁰ Tomáš Halík užívá pro situaci krize biblického termínu „navštívení“. Např. situace nemoci je výzvou k reflektování vlastního života, „vystopování“, zda si vedle těla „nestěžuje“ také duše. Potíž je v tom, že v krizi se „ze všech stran jako supi slétají náboženští i sekulární mesiáši se svými nabídkami, jednoduchými a zaručenými recepty na spásu“. Laciné recepty pouze duchovní nebo morální povahy nemají smysl. Krize by neměly vyvolávat hysterii, bylo by přínosné naučit se je vnímat jako přirozenou součást života ... „jsou jako balvany v řečišti, které toku života dávají spád, dynamiku a zajímavost“. Nemá smysl moralizovat, věnovat přemíru energie po vypátrání viníků v minulosti a marně hledat cestu zpět. Mnohem přínosnější je vnímat krizi jako příležitost a otevřít se pomoci, v Halíkově pojetí jako příležitost ke zjevení Boží slávy.²²¹

Zdeněk Pinc ve své knize o filosofii výchovy konstatuje neochotu přijmout, že život je a má být těžký. Naše lidské vyvolení, které je zároveň i prokletím, spočívá právě v těžkosti života a v jejím přijetí. Proto každá nastupující generace opakovaně zažívá obtížnost své doby a s tím spojený pocit nespravedlnosti a obviňování předchozích generací za způsobené těžkosti.²²² Toto téma je bohatě zpracováno také beletristicky, např. v Kunderových románech.²²³

6. 2 Psychoterapeutické zkušenosti

„Je tedy bdělost pomáhajícího smýšlení často schopna vzlétnout nad bdělost toho, kdo nouzi snáší, a prohlíží jeho klamné představy o vlastním nouzovém stavu, do nichž se zapletl svou neznalostí nebo slepým odvracením nouze. A že tedy může být nemá nouze přivedena k řeči...“

Victor Emil von Gebattel

Krize je obdobím, kdy slábnou obranné mechanismy a jedinec se stává mnohem přístupnější životním změnám a přijímání podnětů, k nimž by byl jinak odmítavý nebo lhostejný. Kromě existenciálních podnětů a otázek jde o větší otevřenost přijmout

²¹⁹ JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Praha: 2008, s. 87.

²²⁰ FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: 2006, s. 18.

²²¹ HALÍK, T. *Stromům zbývá naděje. Krize jako šance*. Praha: 2009, s. 44.

²²² PINC, Z. *Fragmenty k filosofii výchovy*. Praha: 1999, s. 52.

²²³ KUNDERA, M., *Nesnesitelná lehkost bytí*. Praha: 2006.

„pomocnou ruku“ zvenčí. Jedná se o naléhavou situaci, kdy i minimální úsilí může přinést maximální efekt a posílení do budoucna. Pokud ale není poskytnuta potřebná pomoc, existuje zde reálné nebezpečí, že si jedinec osvojí spíše maladaptivní vzorce chování.²²⁴ Krize je vždy provázena úzkostí, která souvisí s ohrožením preferované hodnoty, smyslu života. Nahrazení stávajících hodnot hodnotami vyššími způsobuje snížení úzkosti. Je-li ale ohrožena hodnota, která je pokládána za nejvyšší, lze ji nahradit jen stěží.²²⁵ Negativními důsledky krizového stavu může být například propuknutí duševního onemocnění nebo sebevražedných sklonů, pozitivum představuje významnou příležitost pro osobní rozvoj a autentickou existenci.²²⁶

Krize je přirozenou součástí života všude tam, kde něco vzniká, vyvíjí se a roste. Jedná se o období příznivé pro realizaci změn za předpokladu prolomení zaběhnutého pořádku. Průvodním jevem je vždy ohrožení jistoty spojené s nebezpečím ztroskotání.²²⁷ V situaci krize se vytrácejí mnohé schopnosti člověka, který se často ocitá na úrovni pouhého reagování. Aby se zabránilo možnému nevratnému poškození, je třeba terapeuticky jednat v tom nejširším slova smyslu.²²⁸

Švýcarská psychoterapeutka Kastová ve své knize „Krize a tvořivý přístup k ní“ popisuje své zkušenosti s klienty v krizi. Autorka krizi pojímá jako skutečně těžkou, časově ohraničenou situaci, nezvládnutelnou dosavadními regulačními mechanismy. Toto období je charakteristické nesnesitelnou úzkostí v sobě skrývá potenciál průlomu a nového zrodu. Faktor, který krizi vyvolal (např. těžká ztráta) ještě nemusí znamenat zásadní životní problém (ten který je třeba otevřít a integrovat). Těžká situace spíše vytváří atmosféru tázání se po nejhlubších vývojových podnětech.²²⁹ Krize je vrcholným bodem otevřenosti ke změně, zlepšení nebo zhoršení životní situace, přetvářením identity. Je ale možné, že je příležitost promarněna, aniž by se cokoli změnilo.²³⁰

Na vrcholku krize nastává tzv. labilní fáze, kdy se lze naučit nové vzorce chování lépe než jindy. Psychofyzilogický stres přispívá k zániku starých drah.²³¹ Za určitých podmínek znamená krize šanci k novému prožívání identity a prožívání sebe sama i okolního světa, lze nalézt nový životní smysl a v neposlední řadě i vědomí, že člověk nemusí být pouze vystaven neblahým skutečnostem, ale že je v některých případech

²²⁴ GOLAN, N. Crisis theory In Turner, F. J. *Social Work Treatment*. London: 1979. s. 500–501.

²²⁵ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000. s. 17.

²²⁶ Tamtéž, s. 78–79.

²²⁷ MRKVIČKA, J. *Knížka o radosti*. Praha: 1984, s. 31–44.

²²⁸ LÄNGLE, S., SULZ, M. *Žít svůj vlastní život*. Praha: 2006. s. 78–79.

²²⁹ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 14–17.

²³⁰ KASTOVÁ, V. *Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten*. Freiburg, Basel, Wien: 2005, s. 20–21.

²³¹ Lindemann, E., Caplan, D. cit. dle KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 144.

kompetentní tyto skutečnosti měnit. Člověk však někdy není schopen nebo nechce takto krizi vnímat, rád by krizi odsunul jako nepříjemný „vedlejší produkt“ a zapomenul na ni. Vědomý prožitek existenciální významnosti krizové situace tak zůstává těžištěm seberozvoje.²³²

V psychoterapeutické praxi se lze také setkat s tzv. maskovanými krizemi. Projevují se např. v podobě přetrvávající nevysvětlitelné únavy, ztráty radosti ze života nebo psychosomatických obtíží.²³³ Weizsäcker nazýval každého nemocného člověka „subjektem v krizi“. Nemoc kladl do souvislosti s narušenou schopností dialogu, chybným postojem péče k sobě i druhým.²³⁴ Latentní krize lze nahlédnout především s pomocí psychoterapie, v jejímž rámci dochází k dalšímu doprovázení na cestě k vytvoření nové identity. Také poznatky Křivohlavého a dalších českých odborníků korespondují s tématem této práce a poukazují na fakt, že stěžejní vzhledem ke zvládnutí je vědomé přijetí krize.²³⁵

Význam autentické existence vzhledem ke kvalitě života člověka zdůrazňují představitelé tzv. antropologické psychoterapie a daseinsanalýza. Podmínkou autentické existence je „otevřenost“, tedy přijímání světa tak, jak se jeví v bezprostřední zkušenosti nezátížené předsudky, teoriemi, ideologií. K udržení této zkušenosti potřebuje člověk protějšek, lidská otevřenost je vždy vztahová.²³⁶

6.3 Hledání smyslu života v tragických situacích

*„Neexistuje žádná situace, kterou by člověk nemohl zušlechtit tím, co dělá,
nebo jak ji snáší.“*

J. W. Goethe

Některé události v lidském životě omezují nebo znemožňují téměř všechny dosavadní možnosti, původní životní smysl bývá nenávratně ztracen. Často se jedná o situace smrti nejbližších, kteří byli úzce vázání na dosavadní smysl života (ztráta partnera, dětí, rodičů) nebo o závažné zdravotní problémy s infaustní prognózou. Ztráty dosavadních „jistot“ lze překonat skrze tzv. postojové hodnoty. Byly formulovány V. E. Frankem, který v Lékařské péči o duši rezolutně napsal: „... přežil jsem také čtyři koncentrační tábory, a tak tedy vím

²³² KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 13.

²³³ Tamtéž, s. 14–17.

²³⁴ Weizsäcker, V. cit. dle DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: 2001, s. 29.

²³⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: 2001, s. 126.

²³⁶ Růžička, J. *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Praha: 2003, s. 29.

o svobodě člověka povznést se nad všechnu tuto podmíněnost a postavit se proti nejhorším a nejtvrdějším podmínkám a okolnostem silou toho, co nazýváme mocí vzdoru ducha.²³⁷

Postojové hodnoty řadí Frankl k těm nejvyšším. Jejich obsahem je utváření postoje „k nezměnitelnosti osudu“, dotýkají se statečnosti a důstojného snášení utrpení. Podle Frankla existuje možnost realizovat hodnoty až do posledních okamžiků života.²³⁸ „Když člověk onemocní, nevězí v této nemoci ponořen v slepé a bezbranné utrpení jako zvíře, nýbrž se na rozdíl od něj proti ní postaví nebo jí jde vstříc ... toto zaujetí postoje není lhostejné: bude chorobný stav posilovat nebo oslabovat.“²³⁹ Opravdové utrpení je vnitřní výkon, Frankl jej dokonce nazývá prací. Duchovní svobodu nelze člověku vzít.²⁴⁰ Smyslu utrpení se dále věnovala Franklova žákyně E. Lukasová.²⁴¹

Pro tzv. bezvýchodné situace je člověk „od přírody“ špatně vyzbrojen, přirozeně je tedy zvládá jen s velkými obtížemi. Existují ale lidé, které „rány osudu“ zvládají obdivuhodně, přestože ztratili vnější svobodu. Dokázali se rozhodnout, jakým způsobem povedou svůj život dál navzdory utrpení.²⁴² Právě umění snášet krutosti života a překonávat zoufalství patří k největším činům člověka.²⁴³ Lāngle na tomto místě uvádí příběh ženy, která po smrti svého muže zůstala sama se čtyřmi malými dětmi. Tento otřes zpočátku přirozeně vyvolal množství závažných psychických reakcí a projevů, naštěstí pouze přechodných. Po odeznění akutní fáze krize si uvědomila, že především na ní záleží, jakým způsobem budou vychovány děti. Později dokázala zabudovat do svého života i svůj vztah k zemřelému muži. Tím, že se rozhodla situaci zvládnout a překonat prvotní bezmoc, se jí podařilo děti dobře vychovat, aniž by je obtěžovala ustavičnou sebelítostí a pocity nespravedlnosti.²⁴⁴

V utrpení se vytváří „revoluční napětí“, které může bránit apatii a duševní i duchovní strnulosti. Člověk, který trávil svůj život v lehkomyšlnosti a promarnění svých možností, může v situaci blízkosti smrti poznat netušené možnosti a hloubku života. Na tomto místě Frankl uvádí příběhy „zhýčkaných měšťáků“, kteří teprve v závažných situacích, které přinesla druhá světová válka, dokázali objevit hlubší životní smysl.²⁴⁵ Trpící člověk je „vyháněn ze sebe ven, nucen stěhovat se z přítomných forem života“. Je vyvolen

²³⁷ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: 1996, s. 35.

²³⁸ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Praha: 1996, s. 62.

²³⁹ GEBSATTEL, V. E. Pomoc v nouzi. O podstatě duševní pomoci. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.) Praha: 1992, s. 37.

²⁴⁰ FRANKL, V. E. ... *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1966, s. 64.

²⁴¹ LUKASOVÁ, E. *I tvé utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: 1998, s. 63–85.

²⁴² LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Praha: 2002, s. 36.

²⁴³ Tamtéž, s. 39.

²⁴⁴ Tamtéž, s. 35.

²⁴⁵ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Praha: 1996, s. 113.

pozvednout se nad bezprostřední žití do vyšších dimenzí, k tomu, co je božské. „V utrpení je skryta vzestupná síla světa v mimořádně intenzitě. Celý problém spočívá v tom, uvolnit ji, dát jí vědomí toho, co znamená, a toho, co může.“²⁴⁶

Ani vězni v koncentračním táboře neztratili svobodu vnitřně se postavit k situaci „tak nebo onak“. Tento postoj, který mohl pomoci danému člověku přežít, měl za důsledek hlavně překonání apatie a podrážděnosti a snahu být drobně užitečný druhým. Psychoterapie v koncentračním táboře byla možná pouze tehdy, pokud bylo možné pracovat s duchovní oporou a cílovým bodem v budoucnosti.²⁴⁷

6.3.1 Naděje versus iluze a zoufalství

Franklova psychoterapie i jím formulované postojové hodnoty úzce souvisí s jevem, bez něhož by nejspíš obojí nemělo smysl - s nadějí. Tento pozoruhodný fenomén se dnes těší zájmu empiricky zaměřených výzkumníků.²⁴⁸ Těžištěm rozlišování mezi nadějí a iluzí však zůstává myšlení teologické (křesťanské) a filosofické. Otázka zní: Co je podstatou naděje, kterou má člověk např. v situaci vážné nemoci (s neblahou prognózou), člověk prožívající nejbolestivější ztráty, člověk zajatý v koncentračním táboře na počátku války? Má smysl dále věřit, prožívat, otevírat se světu? Není rozumným vnitřním východiskem přijmout mechanismy typu apatie nebo rezignace, které plní ochrannou funkci duše? Frankl pokládá apatii za nutný ochranný mechanismus duše ve chvíli, kdy je skutečně nutno utlumit prožívání a koncentrovat se pouze na přežití. Autor však apatii vnímá jako dočasnou psychologickou reakci, s níž je možno v určitém stadiu adaptace na táborové podmínky znovu bojovat.²⁴⁹ Jinak by hrozilo, že jedinec klesne na primitivnější úroveň, stane se z něj objekt bez vůle a schopnosti rozhodovat se.²⁵⁰

Filosof a lékař Herbert Plügge čerpá ze svých klinických zkušeností s umírajícími. Má za to, že pravá naděje vzniká až tehdy, jsou-li „naděje obyčejného života“, které jsou vázány na objekt, ztraceny. Právě zklamání z těchto ztrát s sebou nese osvobození od iluzí. Projevuje se přijímáním utrpení, překonáním dosavadního egocentrického postoje a strachu.²⁵¹ V situaci nejhlubších krizí může z patřičné hloubky „vytrysknout“ pramen

²⁴⁶ DE CHARDIN, P. T. Smysl a pozitivní hodnota utrpení. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.) Praha: 1992, s. 254–255.

²⁴⁷ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Praha: 1996, s. 100–106.

²⁴⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: 2006, s. 52–89.

²⁴⁹ FRANKL, V. E. ...*A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1966, s. 29.

²⁵⁰ Tamtéž, s. 60.

²⁵¹ PLÜGGE, H. O naději. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.). Praha: 1992, s. 241–252.

naděje.²⁵² V čem je tedy rozdíl mezi nadějí a iluzí? Tento rozdíl dobře popsal filosof a dramatik Gabriel Marcel. Iluze souvisí se závislostí na sobě samém a na bodově koncipovaných představách o východiscích z krize, na konkrétním očekávání a nároku. Opakem je úcta k sobě samému při „vědomí duchovního řádu, v jehož lůně si moje existence může zachovat smysl a hodnotu“.²⁵³ Naděje je atechnická, nedovolává se hotových zkušeností a způsobů. Zatímco zoufalství souvisí „s uzavřeností času“, naděje je „průnik časem“, který ale není možný, pokud se promění v předvídavost.²⁵⁴ Apatie a rezignace by souvisela spíše s kapitulací v dané situaci. Marcel vnímá kapitulaci jako ztrátu sebe sama, přijetí této zkázy na rozdíl od uchování integrity. Neboť integritu lze zachovat i v situaci, kdy je nanejvýš pravděpodobné, že k vyléčení vážné nemoci nebo vysvobození z vězení prostě nedojde. Právě ztráta této integrity, ztráta povědomí věčnosti je Marcelem označena jako „zoufalství“.²⁵⁵ Jak píše Frankl, v koncentračním táboře přijde člověk úplně o všechno, o vnitřní svobodu ale přijít nemusí. Znovu jde o hodnoty postojové, uskutečnění vlastní duchovní svobody. Franklova logoterapie spočívá právě v tom, že člověk není „náhodným výsledkem své tělesné konstituce, charakterologické dispozice a společenské situace“, jejichž vlivu by měl nutně podlehnout“.²⁵⁶ Přijetí nevyhnutelného ještě nevylučuje vůli zůstat sám sebou a pokusit se vnímat „ontologické tajemství“. Lze jej vnímat ve stavu duchovního usebrání a odevzdání se, aniž by byly kladeny jakékoli podmínky.²⁵⁷ Ty by vytvářely bloky, s nimiž lze jen těžko překonat zklamání. Jistota bytí je bezpodmínečná. Naděje je pocit „možná není vše ztraceno“, jakkoli nelze docílit konkrétní jednotlivosti („doufám“, nikoli „doufám, že“).²⁵⁸ Marcel spojuje naději spíše s vůlí nežli s touhou, jde „o vůli napjatou k čemu, co nezávisí na ní“. Nemá na mysli strnulou vůli stoickou, ale aktivní, tvořivou vůli. Kde je tvořivost, nemůže být degradace.²⁵⁹ Zde tane na mysl Franklova „vůle ke smyslu“ a další pasáže z Franklových děl: „Neboť stále více a stále častěji byly zklamávány naděje na brzký konec války (o němž mluvily zprávy optimistické), až jednotlivci začali upadat do definitivní beznaděje. Právě ti zásadní optimisté to byli, kdo nám přitom šli nejvíc na nervy.“²⁶⁰

²⁵² HALÍK, T. *Stromům zbývá naděje. Krize jako šance*. Praha: 2009, s. 105.

²⁵³ MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: 1971, s. 110.

²⁵⁴ Tamtéž, s. 113–115.

²⁵⁵ Tamtéž, s. 96–97.

²⁵⁶ FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 64.

²⁵⁷ MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: 1971, s. 19.

²⁵⁸ Tamtéž, s. 107.

²⁵⁹ Tamtéž, s. 28–29.

²⁶⁰ FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 35.

Opakem naděje je zoufalství. Marcel jej vnímá právě jako upnutí se na reálno, které lze hodnotit, a odmítnutí existence toho, což již přesahuje rámec hodnocení.²⁶¹ Podobně Kierkegaard popisuje zoufalství jako následek „nekonečných vášní k jednotlivostem“. Tuto vášň však zasluhuje pouze věčnost.²⁶² Pro Kierkegaarda není počátkem filosofie údiv, ale právě zoufalství, které může být impulsem k vnitřnímu přerodu (metanoi). V tomto smyslu je Kierkegaardovo zoufalství počátkem chápání řádu světa a bezprostředně souvisí s nadějí.²⁶³

Téma naděje neodmyslitelně patří tam, kde je poskytována profesionální holistická a paliativní péče, například do hospiců. Přitom nejde o falešné pěstování naděje, že se nezměnitelný stav radikálně změní. Jde spíše o naději ve smyslu kvality života posledních dnů, doprovázení v atmosféře poklidu, tišení bolesti a intimity, v ideálním případě s pocitem, že prožitý život byl přese všechno smysluplný. Úlohou pomáhajících v těchto situacích je právě péče „o vysychající prameny naděje“.

6. 4 Volba a její hranice v akutní psychické krizi

Je zvládání krizí pouze otázkou charakterových vlastností? Nebo se může člověk jako svobodná bytost rozhodnout (třeba i navzdory svým vrozeným a získaným vlastnostem), jakou strategii zvládání a cíl zvolí? Na 13. symposiu o lékařské etice věnovanému krizi byly vymezeny dvě základní strategie řešení krize. Homeostatická strategie je motivována subjektivními pohnutkami, cílem je opětovné získání pohody, „cesta zpět“ do situace před krizí (to, co já chci, je dobré). Protichůdná extatická strategie by naopak znamenala „cestu kupředu“, zde by byly stěžejními motivy objektivní (to, co je dobré, chci). Teprve zde se otevírá prostor pro poznání transcendentna, smyslu života a nových hodnot.²⁶⁴

Uvedená tvrzení vyvolávají poměrně ostré diskuse v tom případě, kdy referující zastává názor, že extatickou strategii lze užít hned, v situaci veskrze nejhlubšího dna a nejpalčivější bolesti. Ti, kdo se v rámci své profese setkávají s lidmi „na dně“ mají většinou za to, že mnohem prospěšnější je poskytnout první krizovou intervenci, někdy s nadhledem vyjadřovanou „pěti T“ první pomoci.²⁶⁵ Neboť lze se v situaci akutní duševní krize provázené panickou reakcí, tremorem nebo inkontinencí ptát po smyslu krize?

²⁶¹ FRANKL, V. E. ...*A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 23.

²⁶² KIERKEGAARD, S. *Skutky lásky. Několik křesťanských úvah ve formě proslavů*. Brno: 2000, s. 32.

²⁶³ ŠESTOV, L. *Kierkegaard a existenciální filosofie (výbor statí)*. Praha: 1997, s. 27.

²⁶⁴ PAYNE, J. *Filosofie mezních situací. Dvě základní strategie zvládání krize* (přednáška na 17 symposiu o lékařské etice Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL 1. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.

²⁶⁵ Tekutiny, teplo, ticho, tlumení bolesti, případně transport patří i k první pomoci duševního typu.

Domnívám se, že by to ve velké většině případů bylo nepatřičné. Eremité sice odcházeli na poušť, navozovali si krizi a mnoho z ní vytěžili, bylo to však na základě svobodného rozhodnutí a v patřičném stupni duchovního vývoje. Jistě existují lidé, kteří si dokáží smysl své krize uvědomit bezprostředně, snad dokáží i velmi brzy nalézt nový smysl života. Pokud však budeme tuto schopnost předpokládat u každého bez ohledu na stupeň jeho duchovního vývoje, vyvoláme pocit selhání a úzkosti znemožňující jakýkoli náhled, většinou také oddálíme východisko. K úskalím „pomoci“ patří předsudečné hodnocení způsobu vnímání a prožívání klienta, aniž by si však pomáhající tyto své domněnky ověřil empatickým rozhovorem, vyladěním se, spolubytím. Této plané sebejistotě a z ní plynoucímu arogantnímu jednání se učí čelit velká část profesionálních pomáhajících v rámci svých výcviků.

Fáze řešení krize, získání nadhledu a kladení otázek musí přirozeně dozrát, v mnoha případech nutně za doprovodu blízkého člověka, krizového intervenanta, duchovního. Pokud se člověk, který se na tomto stupni nenachází, ocitne v akutní krizi způsobené ztrátou (např. úmrtí dítěte), je zcela neetické bezprostředně přesvědčovat dotyčného, že má jeho situace smysl, snažit se situaci racionalizovat, verbalizovat, nutit druhému „vlastní rytmus“.²⁶⁶ Jedním ze známých rizik nešetrného zacházení je vznik posttraumatické stresové poruchy, která mívá trvalé následky.

Otázky po smyslu bolestných hloubek a o pocitech v nich mají svůj čas. Mohou přicházet už ve chvíli, kdy akutní krize odeznívá a rány se pomalu hojí. V tomto období je člověk schopen integrovat své poznání, uvědomovat si nový smysl života a obohacovat tak sebe i okolní svět. Gabriel Marcel píše: „Nenarušujte osobní rytmus, kadenci, která je vašemu uvažování nebo i vaší paměti vlastní, nebo se připravíte o své možnosti. ...“²⁶⁷

Také V. E. Gebsattel ve své stati „Pomoc v nouzi“ píše o tom, že nouzový stav často nelze překonat v rovině, kde vznikl. Je třeba vyčkat vyšší roviny, kdy je opět možný „akt života“, který byl zpočátku znemožněn vlivem existenciálního zúžení.²⁶⁸

„Vždy trvá určitou dobu, než se jedinec traumatem vyrovná natolik, že je schopen uvažovat také o jeho pozitivních stránkách. Ve výzkumech Nolen-Hoksema a Davise (2004) se prvky překonání traumatu u osob truchlících nad úmrtím někoho blízkého až

²⁶⁶ Srov.: MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: 1971, s. 99.

²⁶⁷ Tamtéž, s. 99.

²⁶⁸ GEBSATTEL, V. E. Pomoc v nouzi. O podstatě duševní pomoci. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.) Praha: 1992, s. 37.

po třinácti měsících, ve výzkumech Mannea et. al. (2004) u onkologických pacientek po léčbě až po 18 měsících.²⁶⁹

6.5 Posttraumatický stresový rozvoj jako pozitivní reakce na krizi

Zahraniční i čeští psychologové věnují zvláštní pozornost pozoruhodnému jevu, který se odehrává v rovině psyché a je určitou protiváhou posttraumatické stresové poruchy. Jde o tzv. posttraumatický rozvoj, který je definován jako „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, restrukturalizace osobnosti“ následkem tohoto „psychického zemětřesení“. Projevuje se tak, že daný jedinec překonává dosavadní úroveň adaptace, duševního fungování a vnímání života. Pravděpodobně se jedná o důsledek pokusu tohoto člověka „psychologicky přežít“. Posttraumatický rozvoj se nevylučuje s distresem a bolestí, jistě neznamena, že jedinec hned hodnotí krizi jako pozitivní, vítanou. Určité dobro, které se jako následek krize objeví (uvádí se orientační doba dvou týdnů), však tuto pozitivní hodnotu má. Tato změna zpravidla nastává v těchto oblastech:²⁷⁰

- mění se sebepojetí člověka, objevují se nové stránky osobnosti
- objevují se nové možnosti, dosud netušené
- mění se vztahy k okolí, zvyšuje se vstřícnost
- mění se systém životních hodnot, život je vnímán hlouběji
- někdy dochází k náboženským tendencím

Roku 2006 zveřejnili Helgesonová, Reynolds a Tomichová výsledky své longituduální studie (1985-2005), kde u osmdesáti sedmi dospělých, kteří prožili závažnou životní událost, zkoumali posttraumatický rozvoj. Výsledky ukázaly, že tento rozvoj souvisí s nižší depresivitou a vyšší osobní pohodou (well-being). Vede k němu tzv. intrusivní přemýšlení o stresoru, opakované rozvažování a rozjímání. Doba, kdy se posttraumatický rozvoj projevoval, je velmi individuální (několik měsíců až několik desítek let). Rozvoj se častěji dostavoval u mladších lidí, rodinný stav ani socioekonomický status nebyl rozhodující.²⁷¹

Posttraumatický rozvoj je vhodné chápat jako běžný, geneticky podmíněný mechanismus „meta-učení“, při němž přirozeně dochází k rozbití dosavadních „meta-schémat“

²⁶⁹ cit. dle MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 3, s. 282.

²⁷⁰ Tamtéž, s. 282.

²⁷¹ Helgesonová, V. S. a kol. cit. dle MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 3, s. 279.

(sebepojetí, vnímání společnosti, přírody) a k budování nových schémat.²⁷² Lidská bytost aktivní je rozvojově zaměřený organismus. Integrace traumatických zkušeností a zážitků má sjednocující význam pro osobnost.²⁷³ V dlouhodobou změnu osobnosti (pozitivní nebo negativní) zpravidla vyústí náhlé, velmi silné stresory, které ovlivní mnoho oblastí života současně.²⁷⁴

Lze pozitivní vývoj v těžké situaci podpořit a urychlit? V publikaci „Facilitování posttraumatického rozvoje“ určené zdravotnickým pracovníkům jsou možnosti intervence popsány. Jde např. o snižování napětí, úzkosti a vyhýbavého chování, obnovu pocitu bezpečí, upevňování mezilidských vztahů, učení projektivních postupů (tedy obecné zásady krizové intervence). Při vlastním budování posttraumatického rozvoje je konání pomáhajícího spíše podpůrné, těžištěm je jeho rozhodnutí a náročná práce na sobě samém. Usnadnění posttraumatického rozvoje je však klíčovým úkolem pro příslušníky všech pomáhajících profesí.²⁷⁵

6.5.1 Fáze tvůrčího procesu při řešení krize

„Přesto jsme v krizích vždy znovu vystavováni výzvě, volání života, abychom se nově orientovali ve svých vnitřních možnostech, abychom byli schopni kompetentněji řešit své vnější problémy.“ Kreativní proces v krizi probíhá v několika fázích:²⁷⁶

1. Přípravná fáze – přijetí krize, zmatek, napětí, úzkost
2. Inkubační fáze – marné hledání řešení, pocity marnosti, neschopnosti, nutno vědomě neusilovat, čekat na signály duše i těla
3. Fáze vhledu – pozvolné třídění, zklidnění, úleva, nalézání smysluplné změny
4. Fáze verifikace – objevení nových způsobů prožívání, nových vztahových možností úleva, nadšení, možnost sdílení změn s druhými

Následně dochází k zavádění nového do běžného života. Tento odvážný krok může být komplikován nebo zastaven střety s vnějším prostředím (v případě oběti domácího násilí snaha násilníka o opětovné připoutání, nepochopení okolí apod).

²⁷² MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 3, s. 282.

²⁷³ Joseph, S., Linley, A. cit. dle tamtéž, s. 282.

²⁷⁴ Aldwinová, C. M. cit. dle tamtéž, s. 281.

²⁷⁵ Calhoun L. G., Tedeschi R. G. cit. dle tamtéž, s. 283.

²⁷⁶ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 159.

6.6 Kazuistiky

S cílem dokreslit teoretickou linii této práce jsem vyhledala několik osob, které prožily závažnou krizi a byly ochotny se rozdělit o svůj příběh. Pojem „závažná krize“ je zavádějící, neboť každá krize je závažná, má-li být zcela individuálně hodnoceným stavem. Při výběru kasuistik jsem se ale snažila vyhledat takové příběhy, v nichž se objevují obecně závažné události, tragédie a ztráty. Na jednotlivých příbězích se pokusím ukázat proměnné, které byly formulovány v předchozí části práce, a shrnout je na konci této kapitoly. Poslední dvě kazuistiky se již váží ke specifické krizové situaci, jíž je věnována značná část textu, k domácímu násilí. Snažila jsem se vybrat dva zcela rozdílné příběhy a naznačit milníky, které v mnoha případech ovlivňují další život obětí domácího násilí. Tyto kazuistiky jsou zástupné, naznačují dvě základní cesty, jimiž se může ubírat osoba, která zažila krizi ztráty důstojnosti.

Kazuistiky jsem získala v rámci osobního kontaktu, při jejich zpracování jsem použila metodu narativního rozhovoru.²⁷⁷ Poté jsem provedla semistrukturovaný rozhovor.²⁷⁸ Ten byl zaměřen přímo na reflexi prožité krize. Každé setkání za účelem vytvoření kasuistiky trvalo několik hodin, plný rozsah získaného textu čítá několik desítek stran. Pro účely této práce kasuistiky krátím tak, aby smysl řečeného zůstal zachován.

6.6.1 Kazuistika I. – pan R. (holocaust, ztráta rodiny)

Kontakt na pana R. jsem získala na semináři věnovanému židovství a holocaustu. Naše setkání proběhlo v domově pro seniory, kde pan R. žije.

Pan R. se narodil v roce 1919 v židovské rodině. Celé své dětství strávil na pražském Žižkově. Jeho otec byl kovář, matka pracovala jako zdravotní sestra v 1. světové válce, později zůstala v domácnosti a pečovala o děti. Pan R. měl ještě mladšího bratra. Matka byla intelektuálně založená, pana R. velice ovlivnila. Byl nadaným dítětem, učil se anglicky, hrál na housle a kytaru, byl členem tzv. tamburáckého sboru. Rodina žila chudě, její heslo znělo: „Jíst nemusíme, bydlet musíme!“. Synovo nadání bylo podporováno z peněz bohatších příbuzných.

Rodina pana R. byla židovská. Vládla zde ale liberální atmosféra, proto ani výchova dětí nebyla židovskými vlivy determinována. Pan R. své židovství příliš nepocíťoval, což

²⁷⁷ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005, s. 176.

²⁷⁸ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: 2009, s. 162.

dosvědčuje jeho věta: „Žida ze mě udělal Hitler!“. Angažoval se v sionistických organizacích a v Národní frontě mládeže, ne však z náboženských, ale výhradně z protifašistických pohnutek. Těsně před válkou se rozhodoval, zda bude emigrovat, kvůli rodičům tak však neučinil. Věděl, že by je po svém odjezdu už nikdy neviděl.

Pan R. přežil pobyt v několika koncentračních táborech (Terezín, Osvětim, Schwarzheide). K tomuto tématu se vrací jen s velkým sebezapřením. Jakákoli připomínka, televizní pořad nebo článek v novinách znovu „rozedírá“ bolestivá a nezhojitelná místa v jeho duši. Při pochodu z Osvětimi do Schwarzheide přežila pouhá pětina lidí. Dnes se schází ještě malá skupinka z nich, ale k těmto děsivým prožitkům se vrací jen nerad. Pan R. vypráví o svém loučení s matkou, o svém posledním setkání s bratrem, který mu dával znamení, že je poslán do plynu. On sám všemi selekcemi prošel. Povídá o tom, jak v koncentračním táboře nebylo místa pro přátelství nebo jiné potřeby, kromě těch nejzákladnější (jíst, pít, přežít). Navzdory tomu se neubrání vzpomínce na to, jak si s ostatními, většinou před selekcemi, vzájemně pomáhali zachraňovat život. Jednou z otravných událostí bylo, když asistoval u potratu jedné z žen.

Konec války jej zastihl téměř bez naděje na přežití - vážil 28 kg, byl nervově zhroucen a musel být psychiatricky léčen. V té době léčba probíhala formou elektrošoků a podáváním barbiturátů. Podařilo se mu však vzchopit se a „navrátit do života“. V roce 1948 se oženil, měl syna a dceru. Po maturitě v roce 1952 začal studovat vysokou školu. Po promoci sám vyučoval a stal se vedoucím akademickým pracovníkem. Celý život toužil po poznání. Hodně cestoval, ovládal čtyři cizí jazyky, napsal jedenáct knih.

Ani po návratu z koncentračního tábora však nebyl ušetřen těžkých situací. Kromě toho, že měl v roce 1968 výrazné problémy politického rázu, se musel konfrontovat s další nečekanou událostí - propuknutím schizofrenie u čtrnáctiletého syna. Ten později zemřel na rakovinu. Pan R. se také potýkal s vážnými zdravotními problémy (artritidou, chronickým zánětem tlustého střeva) a se zdravotními problémy své ženy, která trpěla Alzheimerovou chorobou a zemřela v šedesáti letech.

Před několika lety prožil svou další životní krizi. Stal se nepohyblivým a jeho stav vyžadoval intenzivní ošetrovatelskou péči. Ztráta soběstačnosti u něj vyvolávala pocity bezmoci. Často přemýšlel o sebevraždě. Na otázku, jestli byla tato situace obtížnější než ty v koncentračním táboře odpověděl, že v době nemoci existuje přeci jen větší svoboda a možnost volby.

V současné době pan R. znovu chodí. Žije v domově pro seniory, kteří přežili holocaust. Je téměř jediným obyvatelem, jehož myšlení a prožívání jako by

nepoznamenalo stáří. Jedná se o velice vzdělaného člověka, který svou aktivitou nedovoluje ustrnout svým mozgovým buňkám. Je možné s ním povídat o životě jako takovém, ale i o politice, literatuře, hudbě. Ta jej provázela po celý život. Vlastní obsáhlou sbírku nahrávek vážné hudby, pořádá poslechové večery s dalšími obyvateli domova a zajímá se o muzikoterapii. Pěstuje mnohá přátelství, jak se svými vrstevníky, tak s lidmi o několik desetiletí mladšími. Již dvanáct let má přítelkyni (Němku), s níž se navštěvují, jezdí za ní i do zahraničí. Jeho život je prostoupen, přes všechny těžké události, neuvěřitelnou vitalitou. Svůj vztah k němu vyjadřuje krédem: „Když chutná - pochválit, když nechutná - bylo hůře“. V následující výpovědi pan R. poodkrývá smysl jeho nelehkého životního příběhu a v neposlední řadě také vlastnosti a charakteristiky, pomocí nichž těžkosti překonával.

Reflexe pana R.

„Nejde přesně vyjádřit, kolik jsem získal v těžkých situacích, které mne potkaly. Ale bylo toho moc. Formuloval bych to hlavně jako poznání a získání přátel. Židé jsou sice velcí pesimisté, ale na druhou stranu v sobě mají neuvěřitelnou sílu začínat znovu.

Co mi v těžkých chvílích pomáhalo? V první řadě jedním vždy intuitivně, to je pro mě velice důležité. Potom se snažím mít pevnou vůli. Dále se snažím radovat z maličkostí. Hlavně nemá cenu dělat něco jen formálně, musí to mít pro mě osobně hluboký smysl. Ale v Boha nevěřím.

Z koncentračního tábora mám jednu zkušenost, která se týká vzdělání. Nevzdělání lidé si mnohem méně připouštěli některé skutečnosti a tak život v táboře zvládali lépe. S intelektem sílí schopnosti více si uvědomovat věci, což v některých situacích nemusí být úplně dobré. Důležitější je smysl pro humor a také schopnost říci si o pomoc. Za velký úspěch svého života považuji, že se mi podařilo vypracovat se na vysokoškolského učitele. Jinak mezi mé nejkrásnější chvíle v životě patří ty, kdy mohu někomu dělat radost. Sám jsem měl největší radost asi ve chvíli, kdy jsem jako malý chlapec dostal kapesní nůž, v dospělosti potom při narození dcery. Jako nejtěžší hodnotím následující chvíle: loučení s matkou, když jsem věděl, že už se neuvídíme. Setkání s bratrem v koncentračním táboře, když mi gestem ukazoval, že jde do plynu. Darování krve mému otci, který ale posléze zemřel.

Přesto všechno si myslím, že krize posunuje člověka dál, třídí mu to, co je opravdu důležité. Také jsem si mohl uvědomit možnost své svobodné volby, býval jsem často

v opozici. Nemyslím si ale, že by krize nějak zvlášť pomáhaly tomu, aby se už člověk nedopouštěl chyb.

Vždy jsem toužil dělat to, co chci, ne to, co musím. Jsem živel. Kdybych si mohl vybrat mezi zcela poklidným životem a životem takovým, jaký byl, vybral bych si druhou možnost. Ten první život by mne asi nebavil. Myslím, že jsem nežil nadarmo.“

6.6.2 Kazuistika II.- pan J. (vážná nemoc)

Pan J. se narodil v roce 1954 v protestantské rodině. Otec byl učitelem hudby, matka administrativní pracovnice. Atmosféra v rodině byla ovlivněna tím, že se rodiče často hádali. Pan J. však o nich hovoří velice pěkně, dokonce i v souvislosti s výprasky, kterých se svým mladším bratrem nebyl ušetřen, a dodává: „Bratr utekl, já jsem nemohl!“

Do věku tří let byl pan J. zcela zdravý, poté však začal trpět nepříjemnými zdravotními problémy, které se postupně projevovaly zbytněním a ohnutím kostí, až došlo k výrazné deformaci chůze. Diagnóza byla nejistá, oscilovala mezi myopatií a obrnou. Pouze díky obětavosti svých rodičů nebyl trvale umístěn v ústavní péči. V sedmnácti letech se jeho fyzický i psychický stav zhoršil, což se projevilo presuicidiálními tendencemi. V této době, na níž nerad vzpomíná, musel denně dojíždět na gymnázium, jakýkoli pohyb mu však působil nesnáze. Později přestoupil na dálkovou formu studia. Toto období pro něj bylo charakteristické silnými pocity méněcennosti, které se projevovaly tak, že o sebe vědomě nedbal. Později si uvědomil, že vnímání sebe sama může být mnohem kritičtější, nežli vnímání ze strany druhých.

Přál si studovat medicínu, ale byl přijat pouze na vysokou školu technického směru, neboť byl z věřící rodiny s nevhodným politickým profilem. Na této půdě se však paradoxně setkávali zajímaví lidé, mezi nimi i duchovní různých denominací. Pan J. s nimi začal více komunikovat a postupně více prožíval svou duchovní dimenzi. Když mu bylo dvacet let, stal se pomocným kazatelem jedné z protestantských církví. V té době ho také pohltilo studium a začal se více věnovat oboru, pro který se dříve necítil nadšen ani nadán. Po absolutoriu pracoval jako výpočetní technik a práce jej naplňovala.

Zdravotní problémy však nadále trvaly a jejich příčina zůstávala stále neobjasněna. Vzhledem k tomu, že byl rodinného založení a přál si mít děti, se často zaobíral myšlenkou, zda na ně svou nemoc nepřenese. Lékaři jej však uklidňovali, že nemoc není dědičná. Oženil se tedy a těšil se z toho, že první syn nejeví známky obávané nemoci. Postupně se narodili další dva synové a dcera. Poté nenápadně začalo další kritické období.

Nejprve se rodina stěhovala do Prahy, s čímž pan J. příliš nesouhlasil. První rok v Praze byl náročný. Nejprve mu vážně onemocněla žena, poté zemřela matka. V tomtéž roce z neznámých příčin částečně ohluchl. Snad nejhorší ale bylo pozorování bolestivé nemoci u dvou mladších synů a dcery, nemoc se evidentně projevila jako dědičná.

Ve svých čtyřiceti osmi letech, po mnoha vyšetřeních a četných diskusích lékařů, se pan J. dozvěděl svoji diagnózu. On a jeho tři děti trpí nevšední genetickou chorobou a tak se stávají exemplárním medicínským případem.²⁷⁹

Odhalením příčiny onemocnění bylo možné započít léčbu a snažit se napravit stále postupující deformaci chůze. Byla naplánována nestandardní operace, která se podařila. Pan J. tak zažil proměnu také v tom smyslu, že jeho nemoc přestala být po mnoha letech viditelná. Jeho zdravotní stav se výrazně zlepšil. Uvedenou operaci však zatím nelze provést u jeho dětí, která tak trpí viditelnými příznaky dále.

Reflexe pana J.

„Pokud mám hodnotit ztráty a přínosy, které mi přinesla krize, musím říci, že zisky jednoznačně převažují. Hodně jsem se změnil. Díky své víře přese všechno zažívám velký vnitřní pokoj. Krize mě naučila mít větší pochopení pro druhé a také jsem poznal, že můj handicap může být přínosem. V životě jsou situace, kdy nedostatek je mnohem více než dokonalost.

V krizi je hodně těžké přijmout změnu. Zápasím s tím celý život. Mnohokrát se stalo něco, co se mi vůbec nelíbilo, raději bych měl věci jinak. Až později se ukázalo, jak dokonalé bylo to, co se skutečně stalo. Když jsem prožíval něco hodně náročného, pomáhala mi moje víra a také to, když jsem dokázal v utrpení najít nějaký smysl. Krize mě naučila orientovat se ve svých vztazích, vytříbil jsem si i přátele – zbyli mi ti, kteří mě přijímají takového, jaký jsem.

Svým založením velmi rychle podléhám depresi. Dříve jsem se dokázal celé dny povalovat a trápit se, pobyty v nemocnicích k tomu přispívaly. Musel jsem se naučit s tím nakládat. Důležitý je harmonogram dne, rituály. Ráno vstanu, hned jdu do sprchy a pak si přečtu kousek Bible. Plavu, jezdím na kole. Hodně mi pomáhala četba příběhů lidí, kteří prožili něco těžkého nebo něčeho dosáhli. Dnes vím, že v těžkých situacích hodně pomáhá změna zažitých paradigmat. Moje současná situace není zrovna bezproblémová. Týká se dětí, jejich výchovy a bolesti. Přesto jsem rád za život, který žiji. Myslím, že život je krásná kniha, ale musí se umět číst.“

²⁷⁹ Název onemocnění nelze z důvodu zachování anonymity sdělit.

6. 6. 3 Kazuistika III. – slečna P. (droga jako náhražka smyslu)

Slečna P. se narodila v roce 1981 jako čtvrté dítě. První drobnější traumata zažívala v jeslích a v mateřské škole, kde byla zhodnocena jako špatně zvladatelné dítě a vychovatelky si ji někdy přivazovaly za provázek k ruce. Reakcí na nenaplněné potřeby po pozornosti a náklonnosti byly agresivní projevy a škodolibost vůči ostatním dětem. Se starší sestrou neměla od dětství příliš harmonický vztah, sestra se k ní chovala zle, ale P. to trpěla, aniž by se svěřovala rodičům. Vždy se cítila jiná než ostatní a prodělala zkušenost, že jí ostatní (včetně rodičů) nerozumí. To se projevilo i v období dospívání ve vztahu k vrstevníkům a ke škole. Postupně přijala označení „divná“ a tím se ještě více vzdalovala pochopení ze strany druhých. Vážila si toho, že má jiné myšlenky a názory než většina, zároveň však tento pocit nenáviděla, protože způsoboval osamělost. Ráda by byla takovou, jakou chtěla mít matka, ale nešlo to. Objevily se deprese a pomýšlení na smrt, která představovala naději, že nic netrvá věčně.

Od čtrnácti let kouřila cigarety, od patnácti marihuany. První experimenty byly pro P. šokem – v dobrém slova smyslu. Po letech cítila klid a prožitek radosti. Úzkosti se však bez marihuany rychle vracely a pokud žádnou neměla k dispozici, brala si uklidňující léky ze skříňky své matky a zapíjela je alkoholem.

Když okusila pervitin, konečně zažila pocit, že odpovídá představám své matky, že spolu dokáží komunikovat a rozumějí si. Ale abúzus pervitinu zároveň vyvolával podrážděnost, pocity viny a v neposlední řadě i klasické znaky závislosti. Slečna P. zažila předávkování, zkoušela mnohokrát přestat, ani s pervitinem již nezažívala euforické stavy, pouze umožňoval každodenní „fungování“. Přidaly se somatické problémy (podvyživení, krvácení z nosu, kožní reakce). V té době slečna P. toužila po pomoci okolí, hlavně rodičů, kteří si ale ničeho nevšimli. Jednou se jí matka zeptala, zda nebere drogy. Aniž by čekala na odpověď, řekla, že by se v tom případě zabila. Od té doby P. věděla, že se svěřit nesmí. Tušila, že potřebuje odbornou pomoc, ale neměla sílu ji vyhledat.

Poté si v koupelně podřezala žíly. Našla ji zde sestra a P. ji prosila, aby to neříkala rodičům, ačkoli si velmi přála opak. Se sestrou trval nepříliš důvěrný vztah, o tomto pokusu o sebevraždu spolu nikdy nemluvily.

P. se podařilo něco, co není běžné. Přestala užívat drogy i bez pomoci zvenčí. K tomuto rozhodnutí došlo v době, kdy zkolabovala při závěrečných zkouškách na učilišti. Následující období hodnotí jako nejhorší období svého života. Prožívala trýznivé deprese,

osamělost, pocity viny a jedinou touhu – po drogách. V tomto stavu „na dně“ prožila P. duchovní zážitek, jemuž dodnes zcela nerozumí. Popisuje jej jako prožitek naděje, „že život může být jiný, že nejsem ta nejhorší na světě, že si jednoho dne dokáži odpustit.“

Po tomto zážitku se P. rozhodla, že bude žít jinak. Postupně se učila navazovat kontakty, získala přátele, lépe poznávala samu sebe. Velmi bolestné bylo integrovat do kontinuity života minulost, tento proces doznívá dodnes. Podstatnou je pro P. její spiritualita a víra, ačkoli se nehlásí k žádnému konkrétnímu náboženství. Velmi silně vnímá smysluplnost života a jeho transcendentální rovinu. V této souvislosti zažila i představu sebe samé, jak pracuje s umírajícími lidmi. Tento zážitek ovlivnil její budoucí studijní směřování, ačkoli návrat do školní lavice byl původně „děsivou představou“. P. začala dobrovolně vypomáhat v hospici a rozhodla se pokračovat ve studiu střední a posléze vysoké školy. Nedávno se jí podařilo absolvovat náročný psychoterapeutický výcvik a chystá se uplatnit na poli profesionální pomoci a terapie.

Reflexe slečny P.

„Řešení krize vyžaduje odvahu k rozhodnutí situaci změnit, postavit se jí. Potom je možné, že krize přinese zisky. Mně osobně poskytla hlavně duchovní růst, větší porozumění sama sobě, vymezení vlastních hranic a hodnot, odvahu a sílu žít. Díky krizi jsem postupně porozuměla svým rodičům, dokázala odpustit jim i sobě. Samozřejmě, že tento proces ještě není uzavřen, můj život nelze označit za pohodový, na to jsem příliš citlivá. Snad toho dovedu využít při své práci s klienty.

Co mi nyní pomáhá v těžkých chvílích? Pro mě je nejdůležitější tzv. zachovat chladnou hlavu, nepodléhat pochybnostem. Je to velmi těžké, musím být k sobě tvrdá. Hodně čerpám ze své víry, která je i nadějí, že nic netrvá věčně. Vím, že záleží hlavně na mě, jak se k situaci postavím. Oporou je mi i můj partner. Také hodně cvičím, píšu, maluji a fotím.

Kdybych měla uvést tři nejšťastnější události v životě, byly by to: narození, nalezení odvahy a smyslu žít, láska (nalezení partnera, přátel). Tři nejméně šťastné: Drogy, nenávisť k sobě samé – sebevražda, ztráta smyslu života.

Věřím, že člověk se v životě nesetká se situací, kterou by nebyl schopen řešit, zvládnout. Ale chce to odvahu, sílu, chuť věci změnit a trpělivost.“

6.6.4 Kazuistika IV. – paní N. (domácí násilí)

Paní N. je původem ze Slovenska, z venkova. Narodila se v roce 1958. Vyrůstala v početné zemědělské rodině s rodiči a dalšími čtyřmi sourozenci. Na své dětství ráda vzpomíná, i když otec uplatňoval přísný způsob výchovy a děti byly odmala vedeny k náročné práci. Matka zastávala spíše submisivní roli, není vyloučeno, že byla občas bita (na východním Slovensku dosud existují lokality, kde se bití manželek pokládá za projev lásky). Rodina byla navenek spořádaná, pravidelně se účastnila bohoslužeb a dodržovala tradiční zvyklosti, děti byly dobře vychované. V rodině se cenila spíše manuální práce, proto začala paní N. bez ohledu na svůj dobrý prospěch navštěvovat odborné učiliště zaměřené na potravinářství. Ve svých sedmnácti letech poznala pana N., po roční známosti se vzali a odstěhovali se na jih Čech. Rodiče této známosti přáli také proto, že pan N. byl věřící, dokonce stejného vyznání, což v té době nebylo zvykem.

Paní N. byla v manželství spokojená, od svého otce byla zvyklá na autoritativnější jednání, proto ji určitá dominance manžela nevadila. Delší dobu nemohli mít děti, pak se ale narodila dcera K. V době těhotenství se pan N. občas choval neurvale a i v době zdravotních potíží po ní vyžadoval plnění „manželských povinností“. Paní N. ale všechno strpěla, nechtěla být neposlušná a vyvolávat problémy. Po narození dcery žila rodina docela spokojeným životem, paní N. byla nejprve v domácnosti, poté docházela do zaměstnání. Manžel se sice z politických důvodů nemohl příliš realizovat v zaměstnání, ale díky své společenské povaze a vzdělanosti si získal dobré postavení v církvi a stal se laickým kazatelem. Tato činnost jej velmi naplňovala, mohl se realizovat slovem i písmem a pořádat alespoň ty akce, které tehdejší poměry dovolily. Po revoluci své zkušenosti ještě zúročil a stal se vyhledávaným vzdělavcem, poradcem a společníkem. Ačkoli svým vzhledem nebyl nápadně oslnivý, jeho postavení v zaměstnání i v církvi vyvolávalo úspěchy u žen, jejichž společnosti se nebránil. Své obdivovatelky si vodil do domácí ložnice, i když byla manželka v bytě. Dcera dodnes s odporem vzpomíná na živé zážitky a dokladuje, že matka byla v těchto situacích zcela bezbranná. K jejímu fyzickému napadání sice docházelo jen výjimečně, k sexuálnímu obtěžování ale často a k psychickému trýznění formou okázalých mimomanželských vztahů běžně. Dcera v této atmosféře vyrůstala a časem si zvykla, paní N. měla pocit, že to pro rodinu musí vydržet. Neměla moc přátel, protože o ní manžel mluvil jako „o divné“, a její rodiče by rozvod nikdy nedovolili. Věděla, že není v pořádku, když jí manžel před dcerou vulgárně ponižuje a defiluje se před ní se svými známými, ale neviděla východisko.

Dcera mezitím začala studovat vysokou školu. Bydlela na studentské koleji a tam se občas se svými rodinnými poměry svěřovala přátelům. Vlastně nevěděla, že to, co se dělo, není obvyklé ve všech rodinách. Chtěla s matkou promluvit a začít situaci řešit, ale brzy pochopila, že je matka i přes své utrpení rozhodnuta vše vydržet a doufat, že se situace zlepší. Tato naděje, vědomí toho, že dcera studuje a žije spokojený život a oddanost manželovi pro ni znamenaly „dary“, které si snad ani nezaslouží.

Dcera si mezitím našla partnera a žila ve spokojeném vztahu. Otec se vztahem s V. nesouhlasil nejen proto, že spolu žili neoficiálně, bez uzavření sňatku. Problém byl také v tom, že chlapec nebyl členem církve a ani se jím nechystal stát. Přibližně po třech letech tohoto vztahu, kdy odezněly počáteční city a přišla první krize, využil pan N. příležitosti a tento vztah dceři rozmluvil. Další události měli z pohledu V., který si nepřál rozchod, iracionální a rychlý průběh. Pan N. vyhledal mladého muže ze své církve, seznámil jej s dcerou a udělal vše proto, aby vznikl nový vztah. Po několika měsících byl domluven sňatek. Dcera si uvědomovala, že to není z její strany dobrovolný krok. Manželství ji nenaplňovalo, od samého počátku probíhalo spíše formálně. Zároveň ale prožívala zvláštní úlevu z toho, že konečně splnila přání otce. Situace paní N. v rodině se nijak nezměnila, snaží se vše vydržet a svému muži odpustit.

6.6.5 Kazuistika V. – paní O.

Paní O. se narodila v roce 1967. Za svého muže se provdala i přesto, že jí tento sňatek rodiče rozmlouvali, neboť P. byl evidentně žárlivý a snažil se paní O. od počátku kontrolovat a omezovat. Mezi partnery byl ale silný citový vztah, který byl jimi samými i okolím hodnocen jako velká láska. Pan P. byl velmi pohledný, přítelkyně paní O. ho často srovnávaly se svými muži a záviděly jí, jak je pozorný a zábavný. Málokdo tušil, že v opilosti se pan P. chová násilnický a zkratovitě. Manželům se narodily dvojčata a pan P. byl citlivým a šikovným otcem, pokud zrovna nebyl opilý. Ženě trochu vadilo, že jí nedovoluje trávit žádný volný čas s přáteli a omlouvala to tím, že je třeba se věnovat rodině. V době, kdy děti navštěvovaly první stupeň základní školy pana P. napadlo, že by si měli postavit dům. Ve svém podnikání byl úspěšný a dovedl rodině zajistit vyšší standard. Vlastní dům si oba manželé přáli. Paní O. se nechala přesvědčit, aby si koupili pozemek asi třicet kilometrů za městem, manžel slíbil, že bude děti vozit do školy. Nepřál si, aby šla žena do zaměstnání, neboť ji sám užívá.

Po několika letech se začala slovní agrese pana O. měnit ve fyzickou. Svoji ženu stále častěji napadal, hlavně v opilosti. Potom se omlouval, kupoval drahé dárky a dovolené. Násilí se ale stupňovalo a paní O. věděla, že musí něco udělat. Jednou se manžel vrátil domů opilý, demoloval nábytek, křičel a chystal se ženu napadnout. Ta věděla, že je zle a utekla do lesa. Doběhla v domácím oblečení až do nedalekého hostince a odtud volala na policii. Policista se ptal, zda jí manžel způsobil zranění a když se dozvěděl, že aktuálně ne, sdělil jí, že by si situaci měli vyřešit mezi sebou (bylo to před rokem 2006, kdy ještě neplatil zákon 135/2006). Návštěvníci hostince telefonát neslyšeli a tak si paní O. „dobírali“ a komentovali její oděv. Bála se cokoli vysvětlovat (manžel to později udělal za ni, sdělil v obci, že manželka trpí hysterií). Počkala několik hodin v lese a vrátila se domů, když manžel spal. V době tohoto incidentu byly děti u prarodičů, ale jinak se stále častěji stávaly svědky podobných situací a paní O. to začalo vadit. Snažila se jim vysvětlit, že se jich to netýká a že jde jen o obyčejné hádky, jinak se mají s tatínkem rádi. Kvůli nim se rozhodla zachovat rodinu za každou cenu.

Později začala trpět závažným onemocněním štítné žlázy. Bylo nutné pravidelně navštěvovat lékaře ve městě, pan O. ji tam pravidelně vozil a doprovázel jí až do ordinace. V tomto smyslu byl pečlivým manželem, který se zajímal o každý detail zdravotního stavu své ženy. Násilí v domácím prostředí se stále stupňovalo a bylo brutálnější, což se také odráželo v četných zraněních. Paní O. obvykle nevyhledávala lékařskou pomoc, ale podivných ran si všimla ošetřující lékařka na pravidelných prohlídkách. Jednoho dne požádala manžela, aby nevstupoval, a vlídně se zeptala, zda jí někdo neubližuje. Paní O. se velmi lekla a sdělila, že je všechno v pořádku. Asi o týden později došlo k nejbrutálnějšímu útoku, bylo to o vánočních svátcích. Přítomny byly i děti, které sice nebyly přímými svědky, ale křik a pláč zřetelně slyšely. Po tomto incidentu a po rozhovoru s dětmi, které byly šokovány, se paní O. rozhodla situaci řešit. Zavolala své lékařce a požádala, aby znovu zajistila nerušené vyšetření. Sama se jí svěřila s tím, že tato situace trvá už sedmnáct let a že vůbec netuší, zda jí je pomoci (psal se rok 2004). Lékařka věděla, že existuje specializovaná linka pro oběti domácího násilí a nabídla okamžitě na tuto linku zavolat a poradit se. Pacientka souhlasila, lékařka vytočila číslo a za chvíli bylo možné domluvit osobní konzultaci. Bylo to poprvé, co si paní N. uvědomila, že existuje pomoc. Bylo ale nutné lhát manželovi a sehrát situaci, že musí prodělat celodenní vyšetření, u něhož nesmí být manžel přítomen. Tak se podařilo setkat se s pracovnící specializované organizace na pomoc obětem domácího násilí, domluvit bezpečnostní plán, případně možnosti azylového pobytu. V té době již také byly k dispozici internetové stránky

pro oběti domácího násilí, které byly zabezpečeny tak, aby násilník nepoznal návštěvu na těchto stránkách. V neposlední řadě již byl běžný mobilní telefon. Paní O. tedy byla v kontaktu pro případ, že by se cokoli dělo a potřebovala pomoci. V té době se také manželovi rozhodla sdělit, že pokud se nebude léčit se svou závislostí na alkoholu a agresivními sklony, s dětmi od něho odejde. Ve stavu střízlivosti vše slíbil, ale realita byla jiná. V rámci jednoho z incidentů se paní N. rozhodla využít bezpečnostního plánu a včas i s dětmi utéci. Věděla, že pokud se rozhodne, má vše připraveno a ví, kam jít, není tolik obtížné dům rychle opustit. V té době již byly její rodiče informováni o situaci a srozuměni s tím, že když bude třeba, dojedou pro ni kamkoli autem. Bydlet u nich ale nebylo možné, to se ukázalo hned v prvních dnech, kdy se manžel neustále dobýval k rodičům, až museli volat policii. Proto bylo nutné zajistit utajené bydlení a podniknout potřebné právní kroky. V azylovém domě zažila paní O. i dospívající děti po letech klidné noci, možnost beze strachu spočinout. S pomocí služeb specializovaného zařízení, psychoterapie i rodičů si uvědomila, že je možné žít svobodněji, nebýt v područí. V azylovém domě žila s dětmi asi sedm měsíců, pak se postupně osamostatnila, našla si práci a nové bydlení. Její zdravotní stav se výrazně zlepšil. Manžel si našel novou partnerku, v tomto vztahu údajně domácí násilí pokračuje.

Závěrečné reflexe k posledním dvěma kazuistikám bohužel nemám k dispozici. Získala jsem je zprostředkovaně, byly mi převyprávěny pracovníci azylového domu.

6.7 Shrnutí - krize a naděje v nový smysl života

Lidský život nemůže být ve své podstatě bezstarostný. Člověk je bytostí s bohatým potenciálem otevřenosti a rozvoje, jeho údělem je spíše zvládání překážek a rizik. Krize je pak známkou volání po „návratu do světa“, k jeho podstatám a významnostem, k vnímání vcelku. Návrat k celku je transcendentální podstata, je provázen bolestí. Během života člověk vědomě i nevědomě přijímá mnoho rolí a „masek“, které jej vzdalují autenticitě. V krizi je možné ji znovu objevit. Proces bezmoci a troskotání bývá provázen rozpadem dosavadních struktur, nové ukotvení přináší duchovní svobodu. Je třeba odvahy obětovat, pokory, přijetí viny, odpovědnosti a naděje. Krize je zlomem, člověk z ní vychází proměněn: očištěn v katarzi nebo zničen v kapitulaci.

Krize je příznivé období pro realizaci změn a nalézání nového smyslu života. Jedinec je přímo nucen činit změny, nutí jej k tomu nesnesitelná úzkost. Psychoterapeuti však varují, že zmiňovaná úzkost může mít destruktivní vliv, dochází k osvojování maladaptivních

mechanismů (regrese, disociace aj.). Řešením je pomoc psychoterapeuta, který pomůže navázat s krizí vztah a zvědomit ji. Součástí terapie je hlavně posílení autonomie daného člověka, zvýšení schopnosti rozhodnout se i za cenu ztrát. Cílem psychoterapeutické pomoci ani jiné pomoci není převzetí zodpovědnosti za klienta a posílení „naučené bezmocnosti“.²⁸⁰ Tzv. maskované krize se projevují somaticky, pacientovi je vhodné doporučit kvalifikovanou psychoterapeutickou pomoc.

Krize má své fáze, které je třeba respektovat. Obecně lze říci, že je možné se rozhodnout pro extatickou strategii, která otevírá prostor pro poznání, nový životní smysl, pro to, co je dobré. Zodpovědná volba v krizi však vyžaduje autonomní stav, kterým není akutní psychická krize. Neznalost některých zákonitostí a principů může negativně ovlivnit vnímání jedince v krizi a zbytečně vyvolávat pocity nedostačivosti. Navíc zde hrozí posttraumatická stresová porucha, která je protiváhou kýženého stavu, kterým je posttraumatický rozvoj. Poslední fáze kreativního procesu v krizi (fáze verifikace) je obsahově totožná s posttraumatickým rozvojem.

Zvláštní otázkou je hledání smyslu života v tragických situacích. Zde jsou nosné myšlenky V. E. Frankla a jeho logoterapie. I v situaci náhlé ztráty nejbližších nebo vážné nemoci má významnou úlohu fenomén naděje.

Kazuistiky obsahují rozličné životní příběhy, slouží jako ilustrace uvedených myšlenek a jejich poselství by se dalo shrnout takto:

1. Lidé v krizi reagují zcela individuálně z hlediska času, svého smýšlení, rozhodování, jednání, světónázoru a povahových vlastností.
2. Člověk se velkou měrou realizuje v kontextu svých socialit, ale autonomní rozhodnutí vychází jedinečně z něho samotného.
3. Myšlenka krize jako výzvy zůstává otevřená do poslední chvíle, dokonce i v situaci, kdy se člověk aktuálně rozhoduje pro sebevraždu. Nabízí se věta, která dne není klišé: „Naděje umírá poslední.“
4. Naději a hodnoty postojové lze prožívat téměř ve všech situacích (pokud je zachováno myšlení).
5. Úkolem pomáhajících je podpořit naději ve zdárné řešení, doprovázet k autonomní volbě a usnadňovat cestu k posttraumatickému rozvoji.
6. Krizovou situaci v původní slova smyslu prožívá pouze ta oběť domácího násilí, která se rozhodla pro změnu. Pokud je naopak rozhodnuta v situaci násilí setrvat, veškerá pomoc

²⁸⁰ S výjimkou situací, kdy je direktivní přístup nutný (závislosti, ochrana nezletilých, ochrana společnosti).

se mine účinkem a to bez ohledu na formu nebo intenzitu týrání. Pokud však volba proběhla, je zde významný potenciál pro posttraumatický rozvoj a nalézání nového životního smyslu. Z důvodu nebezpečí „záblesků“ disociace a syndromu připoutání je v situaci domácího násilí nadmíru podstatná podpora zvenčí. Ve smyslu předešlých vět je třeba podotknout, že všechny následující důvody a obhájení se týkají ohrožených dětí, osob s omezenou soběstačností a pouze těch ohrožených žen a mužů, u nichž proběhl zlom v myšlení a rozhodnutí situaci řešit. Prakticky je však téměř nemožné přesně rozpoznat pevnost tohoto rozhodnutí, na základě krátkého setkání není možné toto rozhodnutí jakkoli kvantifikovat a měřit. Z toho vyplývá, že k profesionálnímu pomáhání patří práce s nadějí za všech okolností.

7. Zdraví jako celek

„Jednou nohou stojí člověk v bezprostřední skutečnosti, v danosti, ale tato danost plně vydá svůj obsah teprve tehdy, když není brána jako to, zač se vydává, nýbrž jsme-li s to získat oporu a základ zároveň i v celku.“

Jan Patočka

Zdraví se odedávna chápalo jako celistvost. Termín „zdraví“ pochází pravděpodobně z indoevropského holvos/solvos, z něhož vzniklo řecké holos (celý) i latinské salvus (zdravý, neporušený, spasený).²⁸¹ Přesně postihnout povahu zdraví je těžkým úkolem, samo o sobě jej nelze vymezit bez vztahu k dalším pojmům.²⁸² Zdraví je zvláštním případem dobra, s nímž sdílí výjimečné rysy.²⁸³

V roce 1948 byla uvedena v platnost definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace. V anglickém originále zní takto: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“²⁸⁴ Zdraví je zde vymezeno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Nejedná se o pouhou nepřítomnost nemoci, ale o celý komplex proměnných. Zdraví je tedy veličinou, jejíž rozměry jsou multidimenzionální a založení mezioborové. Není izolovaným jevem, stav zdraví je vždy výsledkem interakce s prostředím. Proto i výzkum zdraví, pokud má být úspěšný, musí být realizován z interdisciplinárních východisek. K vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu člověka již nepostačují stávající užívané postupy: stanovení diagnózy, doby dožití, střední délky života apod. Je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální proměnné lidského života.²⁸⁵ Již proslulý lékař R. L. C. Virchow hledal u pacienta podstatu nemoci a pohlížel na něj „jako na produkt jeho životní situace“, a to v případě prevence i léčby nemocí.²⁸⁶

Zdraví nelze přesně definovat, lze však vymezit kriteria, při jejichž splnění je možné pokládat člověka za zdravého. První kritérium vyjadřuje poznatek Davida Humea o tom, že „má být“ není možné odvodit z „je“ (kritérium etické). Zdraví je něčím, k čemu se přibližujeme, je úkolem. Druhé kritérium je již obsaženo v několika definicích zdraví. Jde o důraz na celek a celistvost, kterou nelze vyjádřit laboratorními hodnotami (kritérium

²⁸¹ NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Praha: 2001, s. 100.

²⁸² PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: 2005, s. 16.

²⁸³ PAYNE, J. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: 2002, s. 102.

²⁸⁴ WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organisation [online]. posl. aktualizace 12. 9. 2009 [cit. 1-10-2009]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

²⁸⁵ KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha: 2005, s. 10.

²⁸⁶ NULAND, S. B. *Lékařství v průběhu staletí*. Praha: 2000. s. 447–448.

ontické).²⁸⁷ Lidské zdraví je třeba chápat celostně. Člověk má zdraví tehdy, když se mu daří integrovat jeho dílčí stránky.²⁸⁸ Co je však zdrojem jednoty lidské bytosti? Pokud nastíníme průnik tzv. mechanického, sémantického a hermeneutického schématu poznání, dostaneme se k této jednotě blíže.²⁸⁹ „Klást ontologický problém znamená, tázat se na celek bytí a na sebe sama rovněž jako a totální celek.“²⁹⁰

V souladu s celostním přístupem k člověku je nutné považovat každé onemocnění či poruchu za součást lidské bytosti jako celku, jehož nedílnou součástí je také kontext sociálních vztahů daného jedince.²⁹¹ Člověk jako homo socialis (zoon politikon) je odkázán na sociální podmínky své existence, jimiž může být podporován i zraňován. Sociální dimenze zahrnuje společenské a kulturní vlivy, které působí na příčiny a průběh nemoci a často ovlivňují pohled a reakci člověka na fakt poruchy. Vzhledem k cílům této práce je třeba zdůraznit, že sociální dimenze lidského zdraví je bezprostředně ovlivňována nejtěsnějším sociálním prostředím, tedy rodinou a zázemím, v němž daný jedinec žije.²⁹² Současná medicína zahrnuje objektivní stránku – chorobu uvedenou v chorobopisu, ale i stránku subjektivní – nemoc, která je dána tím, jak pacient a jeho blízcí chorobu prožívají, jak ji hodnotí a jaké pro ně znamená dopady. Tato dvě hlediska lze propojit celostním pojetím.²⁹³ I při normalitě všech funkcí nelze dosáhnout zdraví, pokud daný jedinec postrádá smysl života. Pocit marnosti pak obvykle do poruchy funkcí vyústí.²⁹⁴

7.1 Potřeba holistického přístupu k pacientovi v krizi

V současnosti se ve zvýšené intenzitě hovoří o nepatřičné redukci pacienta na tělo v biologickém slova smyslu a o celkové dehumanizaci medicíny. Jedním z důsledků této kritiky je vzrůstající respekt k léčebným postupům, které překračují hranice symptomatické léčby. Jako příklad lze jmenovat např. psychosomatiku, která se postupně stává etablovaným vědeckým oborem vyučovaným na lékařských fakultách u nás i ve světě. Obsahová skladba učiva pro studenty medicíny a jiných pomáhajících profesí svědčí o vzrůstající tendenci užívat tzv. kontextuálního přístupu v moderních vědách. Snaha o kontextuální přístup není výdobytkem postmoderní doby, naopak se jedná

²⁸⁷ PAYNE, J. Zdraví a celek lidské bytosti. In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne J. (ed.). Praha: 2002, s. 103.

²⁸⁸ Tamtéž, s. 12.

²⁸⁹ Tamtéž, s. 104–117.

²⁹⁰ MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: 1971, s. 13.

²⁹¹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: 2005, s. 37.

²⁹² VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: 2003, s. 19.

²⁹³ Tamtéž, s. 18.

²⁹⁴ PAYNE, J. *Klinická etika*. Praha: Triton, 1992, s. 43.

o obnovení starověkých myšlenek, kdy se k člověku přistupovalo v jeho existenciálním kontextu. Především filosofové Starého Řecka ovlivnili medicínu nabádáním k nahlédnutí celku všeho, co jest (fysis).

Etymologický rozbor pojmu „terapeut“ ukazuje jeho duchovní charakter. Řecké *therapeuein* má tyto významy: vykonávat bohoslužbu, starat se a uzdravovat. Terapeuti se původně zabývali především léčbou duchovních aspektů člověka, nikoli jen léčbou těla.²⁹⁵ Těžištěm nebyla léčba symptomů, ale léčba „lidské přirozenosti, v níž jsou všichni lidé spojeni“. Nemoc byla projevem „existenciální nemoci“.²⁹⁶ Jedním z projevů krize je tělesný nesoulad projevující se ne-mocí. Chování člověka v krizi bývá charakteristické omezením nebo ztrátou náhledu, hlavně v situacích, kdy je krize tzv. maskovaná. Lékař by měl zohledňovat širší kontext vzniku nemoci, a to především u obtížně vysvětlitelných nebo recidivujících stavů.

„Co když smyslem lékařské vědy není dělat opraváře porouchaných hodin, jak si to dnes často myslí i vynikající praktici, ale napomoci lidskému organismu, aby si pomohl sám a našel tak cestu k uzdravení tím, že by se dostal do jisté psycho-somatické rovnováhy?“ Duchovní poslání lékařství tkví v tom, že učí pacienta praktické cestě vedoucí k proměně, která též souvisí s hledáním smyslu života. S tím souvisí také symbol lékařství – hůl boha Asklepiea ovínutá posvátným hadem.²⁹⁷

7.2 Léčba v kontextu – historické kořeny

Zdůrazňování širšího kontextu nemoci prolíná filosofickým, náboženským i lékařským myšlením napříč dějinnými epochami, mění se pouze důrazy na tu či onu souvislost. Zatímco ve starověkých kulturách byl kladen důraz zejména na nábožensko-mravní souvislosti vzniku nemoci, lékaři následujících dějinných epoch se častěji zaměřovali na aspekty biologické. Tato tendence pramenící především v helénské kultuře přetrvala dodnes. V novověké instrumentálnosti a vysoké technické vyspělosti došlo ke zdůraznění léčby sóma. Mnozí myslitelé novověku, mezi nimi i lékaři, se snažili zdůraznit, že somatická léčba v mnoha případech nestačí. Slavný lékař a politik R. L. C. Virchow v 19. století nově definoval humánní léčbu, která by měla směřovat ke zdraví jednotlivých

²⁹⁵ VENTURA, V. Terapeuti – Fijón Alexandrijský. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005. s. 34.

²⁹⁶ Tamtéž, s. 40.

²⁹⁷ ŽÁK, S. Religiózní rozměr terapeutického vztahu. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005. s. 44.

orgánů, zdraví jednotlivce jako celku a zdraví celé společnosti. Humanita předpokládá mikro i makroskopický pohled na člověka a prostředí, v němž žije.²⁹⁸

7.2.1 Celostní aspekty léčby ve starověkých kulturách

V asyrsko-babylonské a homerské tradici byla nemoc spojována především s mravním poskvrněním. Znamenala trest seslaný bohy. Asyrští lékaři dbali zejména na duchovní očistu, kterou zajišťovali pokáním, duchovními rituály a exorcismy.²⁹⁹ Záznamy ze starověkého Egypta naopak ukazují jako hlavní charakteristiku lékařství precizní empirický popis nemocí a úsilí o kauzální výklad. Tuto medicínu však nelze označovat za vědecký obor, ten vznikl až ve Starém Řecku v souvislosti s filosofickým myšlením o univerzálním celku.³⁰⁰

Helénská religiozita zdůrazňovala spíše tělesnou katarzi, z této tradice vzešly proslulé osobnosti jako Hippokrates, jenž dal kanonickou platnost somaticky zaměřené medicíně. Neznamenalo to však, že by se ve svém díle Corpus Hippocraticum nezabýval také psychickou aktivitou pacienta. Léčba však spočívala v tělesném režimu (diatita).³⁰¹ Hippokrates však chápal nemoc v kontextu života pacienta a léčba spočívala v nápravě vztahu mezi pacientem a jeho prostředím. Cílem léčby byla celková harmonie, sebepochopení a praktická dokonalost života.³⁰² „Zastánci Hippokratovy školy chápali nemoc jako událost, jež se přihodila v celkovém kontextu života nemocného.“ Léčebné úsilí bylo zaměřeno na obnovení přirozených sil nemocného a uzdravení správného vztahu mezi jím a prostředím, v němž žije.³⁰³ V literatuře se dokonce objevuje pojem „hipokratovský holismus“.³⁰⁴ Hippokrates nabádal k tomu, aby byl pacient vždy posuzován jako celek. Tak vlastně objevil princip holistické medicíny mnoho století předtím, než přišla do módy.³⁰⁵ Hippokratovskou medicínu lze pokládat za celostní medicínu par excellence.³⁰⁶

O dvě stě let později už ale převažoval lékařský naturalismus potvrzený Galénem. Galénus nevyklučoval, že příčiny nemoci mohou existovat na duševní rovině. Ale jiná než

²⁹⁸ NULAND, S. B. *Lékařství v průběhu staletí*. Praha: 2000, s. 448.

²⁹⁹ ENTRALGO, P.L. *Nemoc a hřích*. Praha: 1995, s. 20–26.

³⁰⁰ BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005, s. 24.

³⁰¹ ENTRALGO, P.L. *Nemoc a hřích*. Praha: 1995, s. 31.

³⁰² Žák, S. Religiózní rozměr terapeutického vztahu. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005, s. 47.

³⁰³ NULAND, S. B. *Lékařství v průběhu staletí*. Praha: 2000, s. 28.

³⁰⁴ Tamtéž, s. 620.

³⁰⁵ GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Praha: 1995, s. 14.

³⁰⁶ CHROMÝ, K. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: 2005, s. 16.

somatická rovina pro něj z přísně lékařského hlediska neměla význam.³⁰⁷ „Od mytického tvrzení, že etika se projevuje fyzicky (Homér), se tak dospělo k zásadě, že fyzický život – „fyziologie“ – tvoří jediný základ etiky (Galénus).“³⁰⁸ Vedle oficiálního lékařství, spíše však v nižších vrstvách, existovalo myšlení, jehož zastánci vysvětlovali původ nemoci božským záměrem. Léčba pak spočívala především v duchovních rituálech.³⁰⁹

7.2.2 Zdraví jako celek ve Starém Řecku

Náhled na řešení existenciálních situací na pozadí celku je doménou filosofie. Vztah filosofie a medicíny se zdá být poznamenán vzájemným odcizením, ačkoli tomu tak nebylo vždy. Některé alternativní léčebné metody se těší vysokému zájmu proto, že terapeut zdůrazňuje celistvost, provázanost všech aspektů života pacienta. Terapie je postavena na vybraném myšlenkovém (filosofickém, náboženském) systému, jímž je pacient osloven a snaží se jej vnášet do svého praktického života. Touto logikou a proklamovanou provázaností s celkem života (ať už skutečnou nebo zdánlivou) jsou alternativní léčebné směry přitažlivé i pro pacienty s velmi vážným onemocněním, kteří se tak zcela dobrovolně vystavují riziku promarnění efektivních postupů. Mnohými z nich skutečně disponuje pouze klasická medicína, která však zároveň může postrádat zohledňování filosofických kořenů léčby, jakkoli z nich původně vzešla.

Řecká medicína jako vědní obor byla odvozena z řeckého filosofického myšlení, jehož podstatou bylo pojetí univerza jako dynamického celku - fysis - „nahlédnutí celku řádu a pohybu“. „Jeho vůdčím principem je pořádající, usoulaďující pohyb vyrovňávání, splácení předchozího pohybu narušení proporční rovnovážnosti, a tak nezbytná obnova míry jako základního strukturujícího pravidla všeho, co jest.“ S tím souvisí i důraz na systematické zkoumání, které zůstalo základem vědy dodnes. Zkoumání zdraví i nemoci se vyznačovalo silným smyslem pro celek jsoucen. Nemoc se nechápala izolovaně, pacient se nahlížel ve všech jeho přirozených prostředích.³¹⁰ Antické rčení „mens sana in corpore sano“³¹¹ ukazovalo důraz na provázanost zdraví těla a duše. Lékařem duší i obce byl podle Sókrata právě filosof.³¹²

³⁰⁷ ENTRALGO, P.L. *Nemoc a hřích*. Praha: 1995, s. 43–47.

³⁰⁸ Tamtéž, s. 46–47.

³⁰⁹ Tamtéž, s. 33.

³¹⁰ BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005, s. 22–24.

³¹¹ V zdravém těle zdravý duch.

³¹² NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Praha: 2001, s. 100.

V 5. století před Kristem se medicína od filosofie vzdálila a začala čerpat zejména z fyziologie.³¹³ Na příliš somaticky zaměřenou medicínu reagoval Platón. Oko se nemá léčit bez hlavy a hlava bez celého těla, tělo nelze léčit bez duše. Pokud není celek v dobrém stavu, není taková ani část. Nabádal léčit nejen lékem (farmakon), ale i pěknými slovy (logoi kaloi) a jasností (sófrosyné). Léčivá podstata „krásných řečí“ byla dána tím, že v duši naslouchajícího vyvolávala jasnost a rozumnost. Tyto ctnosti jsou Platónem kladeny do souvislosti se sebepoznáním, poté mělo dojít k představení své duše lékaři.³¹⁴ Platón ve svých Zákonech rozlišoval mezi lékaři otroků a lékaři svobodných. Lékař otroků nařídil nemocnému to, co uznal za vhodné, a to bez jakéhokoli vysvětlení. Lékař svobodných pojímal nemoc od jejího počátku, komunikoval s pacientem i s jeho přáteli a nepřikazoval nic, aniž by k tomu nemocný dal souhlas.³¹⁵

Platón i Aristoteles často přirovnávali filosofa k lékaři. Aristoteles stavěl medicínu do souvislosti se správným chováním. V obou oblastech jde o střed mezi nadbytkem a nedostatkem. V tomto byli řečtí filosofové výrazně ovlivněni Hippokratem. „Souvztažnost vývoje řecké filosofie a medicíny je asi nejvíce zřejmá na vzniku centrálního etického pojmu arété – výtečnost-zdatnost-ctnost.“³¹⁶

Ve středověku připadla filosofii především péče „o zdraví samotného vědění, o jeho vnitřní jednotu a bezrozpornost.“ Filosofie tak byla chápána jako umění (ars), nikoli jako vědění (scientia).³¹⁷ Inspirativní je pak filosofie 20. století, kde najdeme myšlenky, které zdůrazňují souvislost empirických věd a filosofie. Např. Jaspers ve svých Šířích transcendence uvádí, že předmětem vědeckého zkoumání je vždy jen určitý výsek z bytí světa, nikoli však svět jako celek. Řešit otázku celku a pronikat za hranice vědeckého poznání je úkolem filosofie. Teprve vědecké poznatky doplněné o metafyzické souvislosti odkrývají původ všeho bytí. Středem spojujícím objektivní (tj. vědecké) s transcendencí je člověk a jeho svébytlí (Selbstsein).³¹⁸ Přelomem v myšlení o zdraví a tělesnosti pak byla fenomenologie.³¹⁹

Cenou za moderní exaktnost je abstrahování od velkého množství významných skutečností a rozpolcenost vědy. Celkové vědění chybí a nepovažuje se za možné. Zkoumáním jednotlivých jevů nelze pochopit původ bytí, jak ukázal Kant. Protikladem

³¹³ BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005, s. 27.

³¹⁴ PLATÓN. *Charmidés*. Praha: 1940, s. 156–165.

³¹⁵ Platón. *Zákony*. Praha: 1997, s. 110.

³¹⁶ BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005, s. 30–31.

³¹⁷ NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Praha: 2001, s. 101.

³¹⁸ Srov.: Havelka cit. dle JASPERS, K. *Šířiny transcendence*. Praha: 2000, s. 17.

³¹⁹ Fenomenologickou filosofii tělesnosti se budu stručně zabývat v kap. 7.3.

jevů je „věc o sobě“. Vědecké zkoumání vede idea rozumu, sama však není předmětem. Pokud se předmětem stane, zaniká. Svět jako celek nelze poznat, plánovat a přivlastňovat si jej.³²⁰

7.2.3 Léčba v křesťanství - tajemství bolesti

Zatímco pro Řeka byla medicína především techné iatriké nebo ars medica, pro křesťana již znamenala techné agapétiké nebo ars caritativa. V textech raně křesťanských autorů (Tertullián, Origenes aj.) bývá Kristus označován jako „lékař duší a těl“, evangelium je nazýváno „zvěstováním zdraví“ nebo „sladkým lékem“.³²¹

„Cestou uviděl člověka, který byl od narození slepý. Jeho učedníci se ho zeptali: „Mistře, kdo se prohřešil, že se ten člověk narodil slepý? On sám nebo jeho rodiče?“ Ježíš odpověděl: „Nezhřešil ani on ani jeho rodiče; je slepý, aby se na něm zjevily skutky Boží.“

³²² Pro první křesťany měla nemoc hluboký náboženský význam, nikoli však ve smyslu nemoci jako odplaty za hřích. Jde o vyzdvižení lásky k nemocnému a bližnímu - agapé. Pacient z křesťanského pohledu není redukován na malomyslnost nebo nevidomost. Zůstává člověkem, jehož lze léčit duchovně – skrze evangelium.

První křesťané sice nepokládali nemoc za odplatu za hřích, dokladuje se však souvislost vzniku nemoci s „nemocí lidské přirozenosti“, s prvotním hříchem Adama a Evy, resp. hříchy lidstva v dějinách. V tomto smyslu může zacelit rány jediné Kristus, který mocí své božské přirozenosti restauroval přirozenost lidskou. Touhu po znovunabytí svobody vyjadřuje věřící účastní na svátostech.³²³

Ve středověku bylo zdraví chápáno jako spasením duše, které představovalo vlastní smysl lidského života. Základ spasení byl spatřován v díle Ježíše Krista, proto také byla teologická fakulta hlavní fakultou vysokého učení. Universitas scientiae (celek vědění) však představovala jednota teologie, medicíny a práv.³²⁴

Součástí křesťanské víry obecně je také hledání hlubšího smyslu bolesti: „Stále nosíme na sobě znamení Ježíšovy smrti, aby i život Ježíšův byl na nás zjeven.“³²⁵ Součástí křesťanské víry je utrpení pro Krista: „Neboť vám je z milosti dáno netoliko v Krista věřit,

³²⁰ JASPERS, K. *Šifry transcendence*. Praha: 2000, s. 39-41.

³²¹ ENTRALGO, L. P. *Nemoc a hřích*. Praha: 1993, s. 63.

³²² J: 1, 3.

³²³ Ventura, V. Kulturně náboženské předporozumění zdraví a nemoci (křesťanský kontext).

In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne, J. Praha: 2002, s. 39-40.

³²⁴ NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Praha: 2001, s. 100.

³²⁵ 2 K: 4, 10.

ale pro něho i trpět ...“.³²⁶ V Žalmech lze nalézt mnoho míst, která povzbuzují nemocného a posilují jeho víru a naději, např: „Hospodin ho podepře na loži v jeho mdlobách. V nemoci mu změníš celé lůžko!“³²⁷ Není většího svědectví o Kristově moci nežli svědectví nemocného na lůžku. Křesťanskou odpovědí na otázku utrpení je jeho přijetí. Rezignace by byla pasivní formou postoje k utrpení, přijetí je formou aktivní a přináší duchovní plody skrze odevzdání situace Bohu (na rozdíl od libování si v utrpení). Proces skutečného přijetí není pochopitelný rozumem, jde o náboženskou zkušenost.³²⁸

V křesťanské tradici podléhá důvod, pro který se člověk střetává s nemocemi a bolestí, tzv. mysteriu doloris (tajemství bolesti). Jde o tajemství, v jehož základech se ozývá Boží prozřetelnost a mystérium crucis – tajemství kříže. Do mystéria doloris se lze zčásti ponořit, úplný smysl bolesti však poznat nelze. Mystérium doloris je částečně vymezeno tím, jak člověk přijímá a utváří svůj vlastní úděl.³²⁹ Utrpení a nemoci mají ve světle křesťanské zvěsti hluboký smysl. Cílovou hodnotou však zůstává zdraví, které patří do prvotního plánu Božího stvoření.³³⁰

7.3 Tělo jako celek – fenomenologie tělesnosti

„Tělo je více než prostředkem nebo nástrojem, je naší expresí ve světě, viditelným tvarem našich intencí.“

Merleau-Ponty

Následující text vychází převážně z fenomenologických stanovisek vypracovaných E. Husserlem a jeho následovníky. Tato stanoviska odmítají předchozí karteziánská vymezení a pojetí těla jako stroje, který se netýká podstaty věcí. Podstatu těla nelze objektivizovat. Tělo je zde vnímáno ontologicky, nikoli psychologicky. Člověk je ve světě tělesně, svět interpretuje skrze svou tělesnost. Objektivní existenci těla lze nazvat tělesem, subjektivní existenci vědomím.³³¹ Vzhledem k tématu práce je nosná především myšlenka proniknutí k jádru toho, co dělá skutečnost celkem. Nahlédnutí celku mělo podstatnou úlohu již ve Starém Řecku, nazývalo se areté. Z českých fenomenologů rozpracoval téma celku v souvislosti s tělesností hlavně Jan Patočka.

³²⁶ Fp: 1, 29.

³²⁷ Ž: 41, 4.

³²⁸ TOURNIER, P. *Krankheit und Lebensprobleme*. Basel: 1944, s. 147.

³²⁹ ENTRALGO, L. P. *Nemoc a hřích*, Praha: 1995, s. 79–80.

³³⁰ VENTURA, V. Kulturně náboženské předporozumění zdraví a nemoci (křesťanský kontext). In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne, J. a kol. Praha: 2002, s. 45.

³³¹ Merleau-Ponty cit. dle PELCOVÁ, N. *Filozofická a pedagogická antropologie*, Praha: 2004, s. 171.

„Člověk je bytost mezi jinými bytostmi ve světě. Člověk je včleněn do světa již svou tělesností. Jde o tělesnost žitou, nikoli pozorovanou, tělesnost, jež k nám patří vnitřně, ne jako předmět přírodních věd.“³³² Člověk jako tělesná bytost sice může být analyzován pohledem objektivizující přírodovědy, podstatu lidské bytosti je ale třeba objevovat z hlediska jeho životní konkréce. V tom případě by šlo o pohled na člověka v jeho pestrém a dramatickém světě, na jeho život v napětí, které je dáno konečností, fakticitou, autonomií a aktivitou. „Náš vztah k objektivitě je dialektické vrhání se do objektivit, žítí ne v sobě, nýbrž v tom, co nejsme, nalézání sebe v tom, co nejsme.“³³³ Život člověka se odehrává personálně. Druhého vnímáme v podobě objektu, skrze tělo. „Skrze nápor do objektivit se odehrává návrat do subjektivit.“³³⁴

Patočka vnímá tělo jako ukazatel hlubší pravdy. Odmítá tak kartezianismus Descarta, který redukoval tělo na biologickou účelnost a přisoudil mu pouze pragmatický význam. Také Kantův kriticismus opomenul fenomén subjektivního těla, přestože se zabývá novým důrazem na ego. Abstraktnost Kantovy metody odmítl francouzský filosof Biran, který se zabýval personálním, osobním já. Toto já je možné jen v biologickém organismu, který se stává „reální osobou“ v okamžiku, kdy já může konat na svou vlastní odpovědnost. Patočka dále jmenuje autory, kteří se zabývali subjektivním tělem, např. Husserla, Sartera, Merleau-Pontyho, Marcela. Společnou myšlenkou všech je, že se tělo ve své podstatě nedá objektivovat. Jde „o temný prostor nezbytný k tomu, abychom na plátně kina viděli projekci“ – co jsme, nikoli fyziologicky.³³⁵ Prožívání tělesnosti se tedy úzce pojí s kvalitou života nejen z hlediska zdravotního, souvisí s existenciálními otázkami člověka.³³⁶ Tělesnost je třeba uchopit jako proudění vlastní existence, v bytí samém. „Pouze biologické myšlení vede v promýšlení těla a tělesnosti jen k redukci na věc, k reifikaci, a tím k ničení humánního vztahu k celku života.“³³⁷

K personálnímu já neoddělitelně patří pojem Umwelt. Jde o okolní, komunikativní svět, sociality různého stupně. Mostem mezi tělesností a Umwelt je vnímání. Rozumět světu lze skrze tělesné schéma, které umožňuje prolínání jednotlivých počtů do celku. Např. sport nebo tanec se nevyrábí, ale vylad'uje.³³⁸ Tělesnost je dimenzí „rozumějícího bytí ve světě“, především ve vztahu s druhým člověkem. Dalšími dimenzemi jsou pak naladěnost, svoboda, smrtelnost, starost, řeč aj. Mezilidské vztahy mají charakter vitální důležitosti,

³³² Husserl, E. cit. dle PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Praha: 1995. s. 53

³³³ Tamtéž, s. 55.

³³⁴ Tamtéž, s. 57.

³³⁵ Tamtéž, s. 20–25.

³³⁶ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 7.

³³⁷ Tamtéž, s. 24.

³³⁸ Tamtéž, s. 156.

aniž by naladění (rozladění) probíhalo kauzálně. Směrodatné je to, nakolik významné tyto vztahy pro člověka jsou. Nemoc by z tohoto deseinsanalytického pohledu znamenala ztrátu „moci být sám sebou“, ztrátu svobodné volby.³³⁹ Podstatou léčby těla je léčba fysis ve smyslu pohybovosti (pohybu po cestě života). Do správného chodu je třeba, vedle technicky uchopitelné materie, uvést také toto fysis. Souladu v oblasti fysis lze docílit pouze sladěním čtyř aristotelských příčin fysis: eficientní, finální, materiální a formální.³⁴⁰ Podle Heideggera je pouhé uzdravení ve smyslu fysis (ugiansis), nikoli pouze technické uzdravení (jatreusis), základem pro uzdravení celku.³⁴¹

Patočkovi a jeho následovníkům se tedy jedná o regulaci celkem, vidění jednotlivosti prizmatem celku. Podstatu věcí nelze nahlédnout bodově, je třeba vnímat celek, a to s patřičným odstupem. Celkem člověka je tělesné schéma, které je součástí duše.

7.3.1 Tělesné schéma

Celkem zakládajícím tělesnost je tělesné schéma, které je součástí „duše“. Duše v pojetí Platóna i Aristotela je celkem, který je vždy zakládajícím důvodem.³⁴² Staří Řekové ladili duši i tělo na setkání s pravdou jsoucen a světa. Nešlo jim o užitek z nich, ale o aretaci na celek, na kosmos.³⁴³ Tělesné schéma je duševní záležitostí, souvisí s péčí o duši (Epimeleia).³⁴⁴ Péče o duši je péčí o celek a souvisí s odvahou k sebepřezkoumávání.³⁴⁵

„Tělo není jen sóma, tj. habitualita tvarová, tělo tj. i situace, v níž tělo bytuje.“ Jsou to i možnosti, o nichž ví tělo lépe než kritický rozum. Z karteziánského pohledu je tělesnost pouze tvarem (sóma) nebo tvarem jednotlivých orgánů pod kůží (sarx). Je zde však ještě tzv. oduševnělé (duchové) tělo, které je skryto (péxis).³⁴⁶ Péxis lze rozumět jako tělu, jež je vyplněno napětím z duševních aktivit a pasivit. Péxis je tělo nepředmětné, nelze jej analyzovat, ale pociťujeme jej jako zdroj životního vzmachu. K tělu ve smyslu péxis patří „umwelt“. Péxis lze přirovnat k vodě, o níž ryba „ví“ jedině tehdy, když je na suchu.³⁴⁷ „Struktura a pevnost péxis souvisí s vnitřním ohněm, s proniknutím duše jaksi až do morku kostí. Nějak souvisí i s hermetickým principem sebeoběti logu ve vtělení, kdy se logos

³³⁹ ČÁLEK, O. Tělesnost a psychosomatika z hlediska deseinsanalýzy. In *Psychosomatický přístup k člověku*. Růžička, J. (ed.). Praha: 2006, s. 92 – 94.

³⁴⁰ Tamtéž, s. 15.

³⁴¹ Heidegger, M. cit. dle HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 22.

³⁴² Tamtéž, s. 22.

³⁴³ Tamtéž, s. 11.

³⁴⁴ PATOČKA, J. *Evropa a doba poevropská*. Praha: 1992, s. 64.

³⁴⁵ Tamtéž, s. 87.

³⁴⁶ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 17.

³⁴⁷ Tamtéž, s. 52.

zřikává své jemnosti a stává se neviditelnou, tělesně působící největší silou.“³⁴⁸ Tělesné schéma je netematické, není v centru naší pozornosti. Je přítomné tím, že jej „vykonáváme“ a naše zkušenostní elementy do něj vplývají. Vědomí člověka o fungování tělesnosti stojí před každou zkušeností. Fenomény jako stání, sezení, držení se něčeho kotví v tělesném schématu.³⁴⁹

„Krásný předmět nevydá svou krásu vně pozadí, vně celku.“³⁵⁰ Význam každé jednotlivosti je určen vztahem k horizontu. Vnitřním pozadím pro vyvstávání jednotlivých fenoménů je právě tělesné schéma, které lze pochopit jedinečně myšlením, nikoli empiricky.³⁵¹ Jedním z nejdůležitějších znaků vzdělanosti je schopnost nahlédnout horizont, z něhož vystupují platnosti.³⁵²

7.3.2 Smysl bolesti v těle

„Jako izolovaný jev, jako holý pocit, postrádá bolest smyslu ...“

F. J. J. Buytendijk

Důležitou „zápletkou našeho životního dramatu“ je právě „sebezískávání ze světa“, proces, v němž se člověk ztrácí a znovu nachází. Právě skrze tělo a bolest se člověk vrací ze světa sám k sobě.³⁵³ Stavby bolesti a slasti jsou „zvláštním upoutáním naší dynamiky na určitou situaci naší tělesné existence“.³⁵⁴ Ve sféře tělesnosti lze prožít pravdivost, bolest je „indexem poslední neoddiskutovatelné pravdy“. Cesta k prožitku evidentního soudu vede přes tělo a tělesnost. Mezní prožitky zde hrají nejdůležitější roli. Tělesnost v sobě skrývá cestu k bytí – přes bolest, skrze poslední síly. Tělo prostřednictvím bolesti nabízí ukotvení v místě a času.³⁵⁵

Život je charakteristický svou polaritou. Protiklady jsou základem celku. Prožít tuto polaritu na svém těle, překonat animalitu v bolesti (přiblížit se smrti) a pak znovu prožívat dar života, to je základ evidence, která též umožňuje rozeznávat např. dobro a zlo, pravdu a lež.³⁵⁶ Prožitek vlastního „dna“ úzce souvisí s prožitkem evidence. Evidence není postupným, metodicky zajištěným poznáním. Jde o jakýsi „výstřel“, který následuje

³⁴⁸ KRATOCHVÍL, Z. *Prolínání světů*. Praha: 1991, s. 14.

³⁴⁹ PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Praha: 1995, s. 58–59.

³⁵⁰ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 10.

³⁵¹ PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Praha: 1995, s. 29.

³⁵² HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 144.

³⁵³ PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Praha: 1995, s. 44.

³⁵⁴ Tamtéž, s. 35.

³⁵⁵ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 13.

³⁵⁶ Tamtéž, s. 74.

po poutivém hledání. Proces hledání spouští motiv, tedy otázka.³⁵⁷ Teprve nouze a smrt tvoří z lidského života celek.³⁵⁸

K fenoménu bolesti se pojí také pláč, jemuž bývá věnována pozornost spíše v psychologické literatuře.³⁵⁹ Podnětným způsobem pojímá pláč i holandský biolog Buytendijk, současník a přítel Maxe Schelera. Z jeho pohledu vychází pláč bolestí z personality člověka, pláčem ukazuje (na rozdíl od zvířete), že existuje jako osoba. Bolest má hluboký význam pro formování charakteru člověka, pro systém principů, podle nichž se rozhoduje. Buytendijk však nabádá k utváření statečnosti, neboť nelze „prolévat slzy při nepatrných příležitostech“. „Je známo, že je škála utrpení v lidském životě velice rozsáhlá a že malé i velké bolesti si v něm musí najít adekvátní výraz, aby mohly zaujmout platné místo v řádu lidského života.“³⁶⁰ Bolest a utrpení má vedle patického také gnostický a reflexivní účinek. Bolest hraje roli podnětu, který umožňuje rozvinout schopnost jejího snášení. Tzv. heroické sebevědomí přináší aktivizující účinek – zmírňuje utrpení a zbavuje jej palčivosti.³⁶¹ Pokud s sebou život nese směřování za dané meze, průvodním jevem tohoto směřování je právě bolest. Je však nutné důsledně odlišovat a respektovat dvě dimenze bolesti:

1. bolest jako nemoc, na níž přirozeně negativně reaguje lidská přirozenost i psychika
2. bolest jako výraz krize existence, na níž člověk odpovídá personálně, jako osoba, která
 - a) pojme bolest pouze jako rušivý pocit nebo
 - b) uzná „nouzi své existence“, přijme a integruje bolest jako znamení existenciálního „sepětí se světem“ (Buytendijk představuje tuto cestu v křesťanském kontextu „královské cesty kříže“).³⁶²

Bolest vyzývá k návratu do bytí samého. Umožňuje bytostně existovat, zakoušet „ted“, zároveň otevírá transcendenci. Oddělování od celku (např. „oddělování“ jednotlivých orgánů od celku těla v nemoci) je projeveno bolestí. Bolest nás vrací do celku. „V bolesti se odkrývá palčivost vlastního bytí ... I bolest je otázkou, je tázáním.“³⁶³

³⁵⁷ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 81.

³⁵⁸ FRANKL, V. E. ... *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 65.

³⁵⁹ VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: 2002, s. 116–118.

³⁶⁰ BUYTENDIJK, F. J. J. Osobní odpověď na bolest. In *Bolest a naděje*. Němec, J.(ed.). Praha: 1992, s. 219.

³⁶¹ Tamtéž, s. 222.

³⁶² Tamtéž, s. 232–236.

³⁶³ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 66–70.

7.4 Návraty k léčbě celku – snahy a tendence

„Jedno z nebezpečí doby, kdy se upřednostňují věda a technika, je v tom, že lékaři mohou ztratit svůj cit pro člověka.“

Paul Tournier

Ve společnosti je patrná snaha zvyšovat kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb, vnímat pacienta v kontextu kvality jeho života. Tento kontext však bývá obsáhlý a jeho celistvé uchopení lékařem nemožné. Důvěryhodnost lékaře a jeho častá role odborníka prvního kontaktu však zůstává zachována. Je třeba hledat nástroje, kterými bude možné „přemostit propast“ mezi požadavky, které jsou na étos lékaře kladeny, a pragmatickou realitou, jež neumožňuje tyto požadavky naplnit.

7.4.1 Péče o duchovní potřeby v lékařské praxi

Právě zdravotnictví bývá kritizováno pro redukci člověka na pouhé sóma. Zároveň je oblastí, kde je zvýšený výskyt velmi těžkých situací a krizí. Tyto situace nutí pacienty, jejich příbuzné, ale i lékaře, klást naléhavé otázky po smyslu života, smyslu prožívaného utrpení, po nových hodnotách. Péče o duchovní dimenzi člověka, o doprovázení v těchto krizích se jeví více než potřebná a zdá se, že se jí dostává i oficiální podpory a standardizace. V roce 2004 byl u nás vydán komentovaný překlad anglických „Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals“. Tyto standardy vypracované odborníky z celého světa slouží jako podklad pro udělování akreditace zdravotnickým zařízením. V tomto dokumentu (Standard PFR 1.2.1) je zdůrazněno uspokojování duchovních potřeb pacientů a jejich blízkých a nařízeno vytvoření postupu, jakým se budou duchovní potřeby naplňovat. Pod tlakem těchto standardů byla v českých nemocnicích zřízena místa nemocničních kaplanů a lze konstatovat, že se pastorační péče ve zdravotnických zařízeních postupně ukotvuje a rozvíjí. Průkopnickým zařízením v této věci je Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, kde se klinická pastorační péče poskytuje již od roku 1997. Cílem je péče o duchovní potřeby věřících i nevěřících, jejich obavy a úzkosti. Nemocniční kaplani mohou být nápomocni jako smířčí osoby v mezilidských konfliktech. Jsou vázáni etickými pravidly, především mlčenlivostí a kontaktováním specialisty v krizovém stavu. Z hlediska pojmání pacienta jako celistvé bytosti mají důležitou úlohu, z praktického hlediska je jejich úkolem přesně to, co již lékaři z časového

hlediska nemohou zvládnout: především naslouchání. Nemocniční kaplani jsou k dispozici i potřebám zdravotnického personálu.

V současné době probíhá diskuse o označení a působnosti „nemocničních kaplanů“ v ČR, hovoří se o zachování stávajícího označení, o názvu „pastorační asistent“, event. o termínu „spirituální asistent“. Sekce spirituální péče byla zřízena v rámci Společnosti lékařské etiky ČLS JEP. V únoru 2009 byla založena Česká společnost pro klinickou a pastorační péči ČLS JEP. Na evropské úrovni zaštituje nemocniční kaplany The European Network of Health Care Chaplaincy. Jedním z hlavních cílů těchto organizací je interdisciplinární péče a vedení multioborového dialogu.

7.4.2 Interdisciplinární spolupráce jako nástroj celistvé léčby

Interdisciplinární spolupráce je využívána tam, kde nejrůznější závažné problémy jednotlivců i celé společnosti vyžadují komplexní přístup. Interdisciplinární tým je sestaven ze zástupců dvou nebo více vědních disciplín. „Pod termínem interdisciplinární spolupráce můžeme najít různé iniciativy, které se mohou lišit v délce svého trvání, struktuře a cílech. Většinou vznikají „směrem zezdola“ a bývají přizpůsobeny lokálnímu kontextu.“³⁶⁴ K obecným zásadám práce interdisciplinárních týmů patří zmapování problémové oblasti, vymezení kompetencí a hranic, formulace cílů této spolupráce a zajištění koordinace celého týmu. V závislosti na konkrétních potřebách komunity se pak určuje rozsah spolupráce a její způsob. V mnoha případech stačí nastavit obecná pravidla fungování a dále již využívat všech forem komunikace (osobní, telefonické, elektronické). Interdisciplinárním spoluprací je i průběžné konzultování problémů pacientů a klientů s kolegy odlišného oboru, v našich podmínkách nelze tvrdit (na rozdíl od západních zemí, hlavně Anglie), že by např. většina lékařů byla součástí pevně stanovených mezioborových týmů s jasnými pravidly. Efektivita všech podob odborné spolupráce s důrazem na celek skutečnosti je ale nesporná.³⁶⁵

Domácí násilí je komplexní jev, jehož zdárné řešení přímo vyžaduje interdisciplinární spolupráci. Tento přístup je efektivním nástrojem pro zvýšení kvantity odhalených případů a kvality jejich řešení. „Pro zajištění bezpečí oběti násilí a prevenci sekundární viktimizace je tedy nezbytné, aby spolu klíčové instituce a organizace komunikovaly a spolupracovaly. Jen tak je možné zvýšit důvěru oběti v systém pomoci a zastavit opakující se cyklus násilí

³⁶⁴ VARGOVÁ, B., VAVROŇOVÁ, M. *Od dobrého úmyslu k dobré spolupráci*. Praha: 2006, s. 24.

³⁶⁵ Hester, M. a kol. cit. dle VARGOVÁ, B., VAVROŇOVÁ, M. *Od dobrého úmyslu k dobré spolupráci*. Praha: 2006, s. 24.

v rodině.³⁶⁶ V roce 2003 probíhal v ČR Modelový mezioborový projekt, jehož cílem bylo vytvoření právního rámce a metodických postupů pro zavedení interdisciplinárních týmů. Tímto způsobem se iniciovala snaha o propojení zdravotní, policejní a sociální pomoci. Hlavními aktéry v těchto snahách byly neziskové organizace (zpočátku především Bílý kruh bezpečí a Rosa). Od ledna 2007 je zásada interdisciplinární spolupráce zakotvena v zákoně č. 135/2006 Sb.(v rámci činnosti intervenčních center). Také Národní strategie prevence násilí na dětech 2008 – 2018 zdůrazňuje profesionalitu odborníků, dostupnost služeb a multioborový přístup. Úloha lékařů v interdisciplinárních týmech je především úlohou tzv. odborníka prvního kontaktu, to je dáno nízkou mírou předsudečného vnímání lékařů na rozdíl od ostatních odborníků. V rámci interdisciplinární spolupráce v kontextu sociálně patologických jevů je role lékaře nezastupitelná hlavně na počátku řešení daného případu (detekce jevu, důkazy), poté již v praxi nebývá přetížen soustavnou prací na daném případě.

7.5 Shrnutí vzhledem k thesi

Původní význam pojmu „zdraví“ se pojí s celistvostí. Ve starověkých kulturách spočívala léčba v pohledu na člověka v jeho životním kontextu, většinou s důrazem na aspekty duchovní. Postupně byl nemocný redukován na biologické tělo a podle toho také léčen, ačkoli vždy existovali protichůdné názory a směry. Medicína jako vědní obor však vycházela z řecké filosofie, jejím cílem bylo nahlédnutí celku – fysis. Nemoc nebyla chápána izolovaně, léčení se vyznačovalo silným smyslem pro celek. Křesťanství obohatilo léčení nemocných prvky agapé, člověk nesmí být redukován na svou nemoc, zůstává vždy bližním. Je zcela pochopitelné, pokud dnes lékař ponechává velkou část zodpovědnosti a péče o celek na samotném pacientovi, především v případě triviálních nemocí u zcela autonomních osob. Je-li ale vnímání pacienta zastřeno silnou úzkostí, autonomie je ochromena a hrozí zkratovitá řešení, primárně směřující pouze ke snížení úzkosti. V této situaci je třeba, aby zasáhl kterýkoli pomáhající a pokusil se zamezit fatálním rozhodnutím ve stavu omezené autonomie (např. zajištěním krizové intervence v rámci mezioborové spolupráce). Pokud jde navíc o situaci, kdy je násilným způsobem ohrožována důstojnost jedince, je třeba počítat s tím, že autonomní rozhodování není vůbec možné a nejprve je třeba tuto schopnost obnovit. Zde by dočasně principy beneficence a non-maleficence převážily princip autonomie, teprve po zvládnutí akutního stavu by mohlo dojít k rovnováze principů v rámci informovaného souhlasu.

³⁶⁶ VARGOVÁ, B., VAVROŇOVÁ, M. *Od dobrého úmyslu k dobré spolupráci*. Praha: 2006, s. 24–25.

V kontextu domácího násilí může docházet k pomyslnému zneužití mystéria doloris, a to především v křesťanském prostředí. Mechanismem, který se objevuje u obětí domácího násilí zcela běžně, jsou pocity viny. Zde však nejde o skutečnou, reflektovanou vinu, ale o patologický obranný mechanismus, který bohužel upevňuje celý patologický proces. Úkolem pastorační péče v jednotlivých církvích by měla být prevence pocitu, že trpět jako oběť domácího násilí je utrpením pro Krista. I při zachování respektu k rozdělení tradičních rolí v rodině je třeba vykládat Písmo v patřičné hloubce a v souladu s hermeneutickými zásadami. Výklad Písma „vytržený z kontextu“ se snadno stává nástrojem zneužívání moci v rodinách.

Fenomenologická filosofie brání redukci člověka na pouhý biologický objekt. Prožívání tělesnosti bezprostředně souvisí s existenciálními otázkami života. Horizontem pro vyvstávání jednotlivostí je tělesné schéma. Tělo tedy netvoří pouze sóma nebo sarx, ale také duchové tělo – péxis, které je pramenem proudění života, zrání. Právě posílení péxis může být cestou řešení domácího násilí. Problém je v tom, že i když oběť chce a opakovaně činí rozhodnutí, nesetkává se s oporou ve svém „Umwelt“ a opakovaně se vrací do nedůstojného stavu před krizí. Proces hledání je spouštěn motivem, kladením otázek. Potom může přijít „výstřel“ v podobě prožitku evidence, ukotvení v této evidenci a další proudění autentického života. Motivy oběti domácího násilí však bývají deformovány závislostí a „k výstřelu“ nejspíš nedojde, dokud se ohrožená osoba nevymaní „z křeče“.

V tělesnosti spočívá pravdivost, lze ji prožít skrze bolest, která vyzývá k návratu k bytí samému, signalizuje „vytržení z celku“ a slouží tak k sebezáchově. Člověk, který se ocitá v krizi, má jedinečnou možnost zachytit otázky, které mu tato situace klade. Záleží na mnoha proměnných, zda tyto otázky existenciálně uchopí a uvědomí si, že se zde možná odkrývá nový pramen proudění života ve vysoké kvalitě. Právě bolest nedovolí na naléhavé otázky zapomenout. V praxi ale může dojít k tomu, že jde o bolest násilně vyvolanou osobou blízkou, která byla dlouho pokládána za součást „proudění života“, jistotu „Umwelt“. Jedinou odpovědí na bolest v případě obětí domácího násilí bývá iracionální touha zavděčit se násilníkovi. Hledání smyslu života v krizi, pokud je oběť zbavena důstojnosti, je jen ztěží možné. Proto je nejprve třeba uzdravit patologické vzorce myšlení a poskytnout prostor prožitku svobody a důstojnosti lidství.

V souvislosti s různým vnímáním zdraví se ve společnosti vyvíjely medicínské modely. V současnosti je kladen důraz na celistvost zdraví a reflektování všech jeho dimenzí: biologické, sociální, psychologické, ekologické i duchovní. Podobně jako je zdraví spíše

stavem kýženým, je i celostní přístup v současných podmínkách spíše něčím, čemu je možno se přiblížit. Zatímco v historii plnil lékař multidimenzionální terapeutickou úlohu, v současnosti je nástrojem celostního přístupu spíše fungující mezioborová spolupráce. Pomáhající profesionál, který se jako první setkává s člověkem v mezní situaci, má možnost jednoduchým způsobem zajistit celostní pomoc a přispět tak k navrácení zdraví a kvality života jako celku. Zvláštní váhu má lékařovo jednání především tehdy, žádá-li sám pacient o radu nebo je evidentní, že je násilím zasažena jeho autonomie nebo ohroženo zdraví či život. K následkům psychogenní iatropatogeneze v případech neadekvátního chování lékaře patří ztráta naděje ve zdárné řešení situace s rizikem šíření patologických vzorců transgeneračním způsobem. Jednání kteréhokoli pomáhajícího profesionála v krizové situaci, v níž se jedinec ocitá na rozcestí a rozhoduje se o dalším směru, může mít důsledky, které se v posledu mohou odrazit ve smýšlení společnosti jako celku.

Nadčasovou platnost mají myšlenky, které uvedl Karl Jaspers ve svém textu *Duchovní situace doby*, mají nadčasovou platnost. „U lékaře, učitele, faráře aj. nelze to, co koná jednotlivý pracovník, racionalizovat, protože tu jde o existenciální pobývání ... Masový řád totiž nezbytně vyžaduje racionalizaci v disponování materiálními prostředky. Osudovou otázkou pro tato povolání se však stává to, kam až racionalizace dojde ...“ Lékaři by se mělo jednat o celek. Pokud je tento celek rozdělen a nevyžaduje „nasazení vlastní bytosti v kontinuitě tvořivého výkonu“, ztrácí se podstat vztahu lékaře k pacientovi a v neposlední řadě i radost ze smysluplnosti jeho práce.³⁶⁷ Lékař se denně setkává s pacienty, kteří nepřijímají své utrpení a závislost, do níž jsou nemocí uvrženy. Tím zde vyvstává otázka po hranicích života a lékařství oborem, které se bezprostředně dotýká duchovních otázek člověka.³⁶⁸ Ptáme-li se, kdo má dnes ve zdravotnictví zvláštní prostor přispívat k vnímání života pacienta v celku, odpovědí je pastorační péči v nemocnicích, která se primárně zaměřuje na duchovní potřeby. Ani nemocniční kaplani však nemohou suplovat některé kompetence ošetřujících lékařů, tedy především možnost vnímat konkrétní projevy nemoci v kontextu jeho celého zdraví.

Společným rysem všech historických i současných holistických tendencí je snaha vnímat člověka jako bytost přesahující svou biologickou podstatu. Celek lze nahlédnout pouze s patřičnou distancí, s vědomím smysluplnosti světa a lidského pobývání v něm. Úzkost, která toto vnímání nedovoluje, může být snížena pouze s pomocí patřičné míry naděje, ať už svépomocí, pomocí bližních nebo zásahem odborníka.

³⁶⁷ JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Praha: 2008, s. 71.

³⁶⁸ TOURNIER, P. *Krankheit und Lebens probleme*. Basel: 1944, s. 154.

8. Naděje v kontextu domácího násilí – úloha lékaře

„V základních antropologických výpovědích vibruje konečná problematičnost všeho lidského a lékařská ordinace je místem, kde se tato problematičnost rozevívá a obšírně vyslovuje.“

Victor Emil von Gebattel

Osobnost lékaře se pojí s poměrně vysokým etickým a sociální statusem. Jako „odborníci na zdraví“ (doktor z lat. doctus, vzdělaný), které je prioritní hodnotou společnosti, představují pro mnohé pacienty autoritu.³⁶⁹ Z historie je známo, že lékař měl roli důvěrníka, v některých kulturách zastával i kněžskou úlohu. „Magické zabarvení obrazu lékaře je téměř stále přítomné, lékař s ním musí počítat a střídme je využívat.“³⁷⁰ Pozůstatky historických tradic a stávající tendence společnosti pečovat o své zdraví zvyšuje autoritu lékaře v očích pacienta, ačkoli je postupně oslabována dominantní, výhradně paternalistická role lékaře. Vztah lékaře a pacienta je dnes charakterizován jako partnerství. Nástrojem tohoto partnerství je informovaný souhlas. Některé prvky paternalismu však nadále patří k výkonu lékařského povolání, neboť lékař nese za svého pacienta zodpovědnost. Za zmínku stojí i sugestivní vliv důvěryhodného lékaře na zdraví pacienta. Paternalistické prvky mohou být potřebné především tehdy, nachází-li se pacient v krizové situaci a úzkost mu nedovoluje svobodnou volbu, která by vedla k adekvátnímu východisku z krize. Dle zkušeností P. Tourniera pacienti očekávají od lékaře osobní vztah. Očekávají, že jim porozumí a mohou se jim představit takoví, jací jsou. Svlékání v lékařské ordinaci symbolizuje upřímnost a odložení role. Právě situace nemoci může probouzet nevšední atmosféru, při níž vyvstávají dosud opomíjené, závažné otázky.³⁷¹ Ošetření u praktického lékaře nebo chirurga navíc není tolik stigmatizováno, na rozdíl od návštěvy psychologa nebo psychiatra.

Zvláštní zájem odborné veřejnosti zasluhuje tzv. somatizace. Dochází k ní u těch pacientů, kteří si nevytvořili schopnost pružně reagovat na různé životní situace a aktivují tak neadekvátní obranné mechanismy, např. symptomy nemoci.³⁷² Např. týraná žena, která dlouhodobě setrvává v traumatizujícím prostředí, často trpí bolestmi hlavy, břicha a zad, pocity únavy, poruchami příjmu potravy nebo urologickými a gynekologickými

³⁶⁹ Postavení soukromých nemocnic. Zpráva ze sociologického výzkumu. [online]. ©2006, posl. aktualizace 26. 1. 2010. [cit. 27. 1. 2010]. Dostupné z: <http://www.stem.cz/clanek/1072>.

³⁷⁰ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, Praha: 2003., s. 113.

³⁷¹ TOURNIER, P. *Osoba a osobnost*. Praha: 1998, s. 33.

³⁷² PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacient a Michael Balint*. Praha: 2004, s. 38.

problémy.³⁷³ Pojmenovat zdravotní problémy v kontextu pacientčina příběhu může znamenat naději v efektivní řešení. Klinicky potvrzena byla tzv. teorie životních událostí, která znamená, že nadměrná stresová zátěž reálně ohrožuje zdravotní stav. U zrodu této teorie stáli v 50. letech 20. st. úředníci zdravotních pojišťoven ve Walesu, kteří si všimli, že vdovy po zavalených hornících mívají infaustní diagnózy. Předpokladem, že stresory z psychosociální oblasti mají podobný zhoubný vliv jako stresory z oblasti biologické, se zabýval také známý výzkumník stresu Selye.³⁷⁴

K objasnění patogenních mezilidských vztahů nebo zatěžující životní situace stačí velmi často jen nepatrné úsilí.³⁷⁵ Stačí i náhodné slovo, aby pacient pocítil, že pro lékaře neznamena jen případ, ale individuální osobnost.³⁷⁶ Oběť domácího násilí, která svou situaci řeší a hledá pomoc, se zpravidla obrací na policii, zdravotníky, sociální pracovníky, specializované poradny nebo krizové linky. Místo, na něž se jako první obrátí, závisí na formě násilí, aktuální situaci oběti, závažnosti ohrožení zdraví oběti nebo dětí, důvěře k dané instituci aj. Hlavně pokud má násilná osoba tendenci izolovat oběť od okolí, je nejdostupnější odborník prvního kontaktu lékař.³⁷⁷

„Za prioritní je nutné považovat zcitlivění odborné veřejnosti (policistů a policistek, soudkyň a soudců, legislativců, lékařů a lékařek, pracovníků a pracovníků orgánů sociálněprávní ochrany dítěte, kurately, státních zástupců a zástupkyň, učitelů atd.) k problematice domácího násilí. Pouze ten, kdo pochopí podstatu tohoto jevu, jeho vývoj, pozici týrané osoby, je schopen na domácí násilí adekvátně a bez předsudků reagovat.“³⁷⁸ Předpokladem správného přístupu lékaře je jeho „senzibilizace“ k verbální i neverbálním projevům pacienta.³⁷⁹

8. 1 Východiska syndromu CAN

Česká republika patří k zemím, které kladou zvláštní důraz na ochranu zdraví a práv nezletilých dětí. O tomto faktu svědčí nejen množství mezinárodních úmluv a chart (Deklarace práv dítěte, Úmluva o právech dítěte), ale i právní nástroje naší země.

³⁷³ ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 108.

³⁷⁴ CHROMÝ, K. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: 2005, s.22.

³⁷⁵ BOSS, M. *Praxis der Psychosomatik: Krankheit und Lebensschicksal*. Bern: 1978, s. 236.

³⁷⁶ TOURNIER, P. *Osoba a osobnost*. Praha: 1998, s. 35.

³⁷⁷ JETENSKÝ, A. Domácí násilí z hlediska policejní praxe. *Sociální práce*, 2006, roč. 5, č. 4, s. 107.

³⁷⁸ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 172.

³⁷⁹ BERAN, J., *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: 2000, s. 11.

Praktickému lékaři pro děti a dorost je přisuzována úloha odborníka prvního kontaktu, který je povinen provádět detekci případného týrání.³⁸⁰

Pro další vývoj dítěte je velmi podstatné, zda se mu včas dostane ochrany před traumatickými událostmi. Je dokázáno, že nedostatečný pocit jistoty a bezpečí a narušený vývoj autonomie, identity a psychické stability v dětství zanechává následky v budoucím životě dítěte.³⁸¹ Jak již bylo uvedeno v kapitolách 1.2.1 a 1.2.2, události a atmosféra dětství výrazným způsobem ovlivňuje frustrační toleranci a coping. Pokud se osoba týraná v dětství, u níž nebylo týrání včas rozpoznáno, dostává v dospělosti do krizové situace, je značně handicapována a může se uchýlovat k extrémním řešením i ve chvíli, kdy by člověk se zdravějšími copingovými mechanismy v dané situaci „bojoval“ – v neposlední řadě i proto, že si váží sám sebe. Např. až 70% žen sexuálně zneužívaných v dětství se v dospělosti opakovaně pokusilo o sebevraždu. Vysoký podíl bývalých sexuálně zneužívaných dětí se nachází mezi prostitutkami (prostituty), velmi často vzniká tendence k závislostem na návykových látkách.³⁸² Komplex patologických jevů postupně ničí autonomii a možnost svobodného směřování člověka. V některých situacích existuje riziko, že poničená osobnost ztrácí vůli jakýkoli smysl hledat.

Zátěžové situace a krize mohou mít hluboký význam v životě dospělého člověka, v případě dítěte by se však jednalo spíše o deprivaci základních potřeb s neblahými důsledky pro jeho další život. Proto je lékař jako častý odborník prvního kontaktu morálně i právně povinen aktivně přistupovat k prevenci, detekci i řešení syndromu CAN.

8.1.1 Rozhovor s pracovnící Linky bezpečí

1. Můžete krátce představit svou úlohu v rámci Linky bezpečí?

„Na Lince bezpečí poskytujeme telefonickou krizovou pomoc dětem, které se ocitly v obtížné životní situaci. Jde o nejrůznější trápení, vztahové problémy, obavy ze známek ve škole, ale i týrání a zneužívání. Vzhledem k zachování oboustranné anonymity nesdělujeme přesné pracovní zařazení. Obecně na Lince bezpečí pracují konzultanti/konzultantky, kteří hovoří přímo s klienty – dětmi. Na každé směně je přítomen intervizor/intervizorka – vedoucí směny, který dbá na správné fungování směny,

³⁸⁰ MZ ČR. Věstník MZ ČR č. 3/2008 [online]. ©2008, posl. aktualizace 14.12.2008 [cit. 22.12.2008].

Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/363-vestnik-102005.html>.

³⁸¹ Např. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: 1998, s. 37.

³⁸² WEISS, P. *Sexuální zneužívání v dětství*. Praha: 2005, s. 27.

koordinuje konzultanty, kteří vedou hovory s dětmi, poskytuje jim zpětnou vazbu, nabízí možnosti dalšího vzdělávání. Intervizoři/intervizorky často přebírají nejobtížnější telefonní rozhovory. Dále je jejich úlohou spolupráce s dalšími institucemi – v akutních závažných případech je navazována interdisciplinární spolupráce – intervence u institucí (Policie ČR, OSPOD, záchranná služba). Pokud se nejedná o akutní případ, je tato spolupráce v kompetenci vedoucího Linky bezpečí, nebo sociálního pracovníka Linky bezpečí.“

2. Vedou se na Lince bezpečí často hovory na téma syndrom CAN nebo to je spíše výjimkou?

„Syndrom CAN určitě výjimečný není, na druhou stranu ale není pravda, že bychom řešili pouze týrání a zneužívání, jak si často veřejnost myslí. Ve společnosti je stále dost velká neinformovanost na toto téma. To se projevuje v situaci, kdy volá dítě, kterému je závažně ubližováno, ale toto dítě netuší, v jak závažné situaci se ocitá a často vůbec nezná svá práva.“

3. Kdo bývá tzv. odborníkem prvního kontaktu v případě syndromu CAN?

„Prvním odborníkem bývá pedagog, ten ale často problém nerozpozná, změnám v chování dítěte nepřikládá význam nebo na to prostě nemá kapacitu, především časovou. Proto nevidí, že se dítě straní kolektivu a najednou nosí na tělocvik místo tílka tričko s dlouhým rukávem, aby nebyly vidět rány. Dále by mohl pomoci vedoucí kroužku, školní psycholog nebo širší rodina. Tam ale bývá obava z narušení rodinných vazeb, členové širší rodiny mohou mít tendenci leccos přehlížet. Při rozpoznání fyzického týrání, pohlavního zneužívání a zanedbávání dítěte má důležitou úlohu lékař, který tyto může poměrně snadno rozpoznat pohledem, prohlídkou, rozhovorem. Překážkou může být přítomnost rodičů u vyšetření vyšetření, pro lékaře ale nemusí být velký problém zajistit si komunikaci s dítětem izolovaně.

Lékař má hodně specifickou úlohu v tom, že to bývá člověk, z něhož mají obě strany respekt. Zároveň ale nejde o strach, lékařům se všeobecně důvěřuje více než třeba úřadům. Vztah lékaře a dítěte není tolik emočně zatížen jako ve škole. Z toho vyplývá i mnohem lepší situace v případě, kdy je lékař nucen týrání ohlásit. Pokud se kdokoli dozví o ubližování dítěte, je jeho povinností situaci bezodkladně ohlásit na OSPOD nebo

na Policii ČR. Pokud je toto nucen učinit pedagog, je zde riziko vyšší emoční zátěže pro dítě, pro rodinu i pro něho samotného. Lékař není tolik vtažen do každodenního života dítěte, řeší situaci více zvenčí. Proto bývá také lépe disponován unést vztek dítěte v případě, kdy ono samo nechce situaci řešit. “

4. Jaké je riziko toho, že lékař syndrom CAN nerozpozná nebo že není ochoten se problému věnovat?

„Pokud lékař syndrom CAN nerozpozná nebo ho prostě nechce řešit, promarní se tím důležitá šance včasného řešení. Syndrom se tak rozvine do mnohem závažnějších stádií a následky pak bohužel bývají celoživotní.“

5. Co by měl tedy lékař udělat, případně v čem je nezastupitelný?

„Lékař je nezastupitelný především v otázce dokumentace. Domácí násilí, týrání či zneužívání dítěte bývá charakteristické tzv. důkazní nouzí a právě lékař může snadno vyhotovit podrobnou zprávu do dokumentace dítěte. I v rámci pozdějšího řešení spolupracuje policie s lékařem, je mnohem přijatelnější a bezpečnější, když je to lékař, kterého dítě zná. Velmi důležitá je fotodokumentace – lékaře nemůže nikdo obvinít z pornografie a zhotovení snímků v lékařské ordinaci není až tak násilné, jako kdyby toto prováděl např. učitel nebo soused. Tato včasná dokumentace může zabránit sekundární viktimizaci (nebo ji alespoň minimalizovat), kdy by v rámci šetření snímky v každém případě musely vzniknout, a to často v mnohem formálnějších prostředích.

Je zcela v kompetenci lékaře, aby si zajistil nerušený kontakt s dítětem a poslal rodiče za dveře (z důvodů klidu při vyšetření). Pak může s dítětem promluvit. Další postup závisí na tom, zda dítě spolupracuje – např. se samo svěří. Potom lze připravit dítě na to, že se bude situace řešit, lze přímo s dítětem domluvit, kam za ním může přijít pán/paní, který/která mu může pomoci (zda do školy, na kroužek ...). Cílem je, aby bylo dítě vystaveno co nejmenšímu tlaku. Pokud dítě nespolupracuje, nezbyvá, než případ prostě jen ohlásit.“

6. Jak má lékař naložit se svojí ohlašovací povinností, aby neztratil důvěru dítěte a rodičů?

„Je třeba vysvětlit dítěti, že lékaři prostě ohlašovací povinnost mají, že je to z důvodu ochrany dítěte. Sama jsem se dostala do situace, kdy jsem z rozhovoru a z kresby jedné holčičky rozpoznala, že je obětí týrání. Domluvila jsem s ní další postup, že za ní sociální pracovnice přijde do školy, čímž jsem ji nijak neobešla a ona byla připravená na další postup. Takto to pro ni bylo přijatelné. Mohu potvrdit, že OSPOD v podobných případech často dobře spolupracuje, ale samozřejmě to není stoprocentní. V každém případě je zde možnost ohlásit případ anonymně, a to se týká i lékaře.“

7. Pokud tedy lékař rozpozná syndrom CAN, kolik času ho přibližně stojí první intervence s dítětem?

„Je to asi dvacet, třicet minut. Pokud je týrání ve stadiu, kdy je třeba časově náročnější intervence, potřebných cca dvě až tři hodin psychoterapie poskytne odborník. Ideální je, když se lékař s psychoterapeutem znají, zůstávají spolu v kontaktu.“

8. Je zde nějaká varianta, pokud jde např. o situaci časové tísně, máme jen pět minut?

„Hodně pomůže alespoň informovat dítě o tom, že se situace bude hlásit. Je potřeba ho uchránit, připravit ho na to, že ho vyhledá sociální pracovnice zvenčí. Je vhodné vysvětlit, že v tuto chvíli nelze učinit víc, ale hned předat kontakt na někoho, kdo si s dítětem může popovídat a na vše ho připravit. Může to být dětský psycholog, můžeme to být my jako Linka bezpečí. Telefon je většinou nejméně bariérový.“

Zažila jsem například telefonát lékařky z pohotovostní služby, která se chtěla poradit o možnostech, které má v případě zbité dívky, kterou doprovází matka (možný původce zranění či kryje osobu, která to způsobila). Na tom případě jsem si bohužel uvědomila, jak bývají lékaři neinformovaní. V takto vážných situacích je nutné případ bezodkladně ohlásit na pohotovostní číslo OSPOD (toto číslo má k dispozici i Policie ČR, někdy i Městská policie). Řešením bývá umístění dítěte na krizové lůžko (velmi často v nemocnici, rodiče tam nemohou být vpuštěni). Soud vydá předběžné opatření nejdéle do 24 hodin.“

9. V zahraničí je v rámci řešení různých typů krizových situací poměrně běžná interdisciplinární spolupráce. U nás to bohužel tak běžné není, oblast řešení syndromu CAN je ale výjimkou. Je tomu skutečně tak?

„Velký rozdíl je mezi Prahou, respektive velkými městy, a zbylou částí republiky. U nás zavedlo multidisciplinární spolupráci v této oblasti Dětské krizové centrum, tyto zkušenosti se pak přenesly dále, ale pouze do velkých měst. Patrná je snaha zabránit sekundárním traumatům dítěte. Např. se užívají jednocestná zrcadla a celkově se vytváří prostředí, které je uzpůsobeno potřebám dětí (v některých městech podobně jako v DKC vybavili na policii ČR). V menších městech a na venkově je ale toto špatné. Život zde je provázaný, je těžké cokoli nahlásit nebo zveřejnit, je celkově těžké tzv. vystoupit z kruhu. Hodně záleží na lidech, které dítě potká, na jejich citlivosti. I v podmínkách maloměsta, kdy se lidé obávají přijmout roli zrádce (nebo se obávají o práci), lze případ nahlásit anonymně. To platí i pro lékaře.

K interdisciplinární spolupráci je ještě potřeba dodat, že pokud v týmu zůstává lékař dítěte, často se jedná o jedinou známou osobu pro dítě, což je velkou výhodou. Neosobní instituce a cizí osoby mohou vyvolávat sekundární viktimizaci spíše, než člověk, jehož dítě zná. Cizí lékař to dítěti bohužel moc usnadnit nemůže, není tam potřebná důvěra.“

10. Myslíte si, že podobné nesnadné zážitky mohou být někdy pro dítě přínosem, např. zkušeností pro další život?

„Tak tady záleží na tom, zda se situace vyřeší nebo ne. Pokud dítě zůstane v rodině (s pachateli) do konce a nikdy se to nezačne řešit, je zde riziko opakování vzorců chování, dojde k narušení běžných sociálních vazeb a vztahů. Když se ale situace vyřeší ku prospěchu dítěte, může si z toho vzít důvěru v instituce, zkušenost toho, že má právo se bránit, že nese určitou odpovědnost za ve svém jednání (např. svěří-li se někomu nebo ne). Je to dost tvrdá škola, ale může k něčemu být.

Pokud ale celý systém selže, dítě se např. ocitne v ústavním zařízení a má se třeba ještě hůře než dříve (např. je šikanováno), řekne si nejspíš, že vše bylo nanic. Zpětně si z toho vezme zkušenost, že je lepší nechat se bít doma, nežli v dětském domově. Druhou variantou je, že má tzv. syndrom pomocníka. V budoucnu tíhne k pomáhajícím profesím a snaží se zachránit ostatní. Druhá varianta vyznívá lépe, ale je také velmi zrádná.“

11. V rámci řešení syndromu CAN někdy dochází k paradoxním situacím, že se matka dítěte postaví na stranu pachatele a dítě obviňuje z lhaní. Jak je tomu v praxi?

„Tady vnímám rozdíl v tom, zda je pachatelem vlastní otec nebo otčím. Pokud jde o otce, většinou probíhá ubližování v utajení, matka jej opravdu nevidí. Pokud se to dozví, začne dítě chránit. V případě otčíma ale matky mívají strach, že zůstanou bez partnera. Začnou hledat viníka a skutečně se jím stává dítě. Tento případ je dobře popsán v knize „Dotyky zla“, jde právě o příběh dívky zneužívané otčímem, který byl odsouzen, avšak matka dávala dívce za vinu, že přišla o muže, jehož měla ráda. Je evidentní, že domácí násilí a syndrom CAN jsou problémy, které se prolínají celou rodinou. Jde o iracionální, závislé vazby často všech jejích členů.“

12. Dá se shrnout, jaké charakteristiky pomáhají dítěti, aby do budoucna takto náročnou zkušenost zvládlo?

„Nelze dát nějakou obecnou formulaci, ale větší šanci mají děti, které jsou vybaveny alespoň částečně emoční stabilitou, spíše extrovertní, inteligentní. Hodně důležité jsou pevné citové a sociální vazby k dalším dospělým. Děti, které si dokáží říci o pomoc.“

Děkuji za rozhovor.

(Rozhovor byl autorizován Mgr. Sylvií Stretti dne 18. 12. 2009).

8. 2 Podpora autonomie ohrožených žen

„Týraná žena po dlouhodobém setrvání v násilném svazku nemá sama bez pomoci zvenčí šanci se ze situace sama vymanit.“³⁸³ Pokud se jako oběť partnerského domácího násilí rozhodne situaci řešit, nejčastěji hledá pomoc (informace) u lékaře, ochranu pak na policii. Oficiální pomoc (v rámci platné legislativy) vyhledá průměrně po šesti letech, někdy po více než dvaceti letech týrání. K tomuto rozhodnutí dochází zpravidla až v situaci, kdy jí „jde o život“. Ve většině domácností zasažených partnerským domácím

³⁸³ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 170.

násilím vyrůstají děti, násilí se velmi často odehrává přímo v jejich přítomnosti. Tento údaj je alarmující také ve srovnání se zahraničními výzkumy.³⁸⁴ Tyto děti pak v dospělosti kopírují vzorce chování rodičů ve svých partnerských vztazích. Násilné chování se přenáší spíše učením nežli geneticky.³⁸⁵ Děti, které jsou svědky domácího násilí, jsou poznamenány výchovnými problémy, agresivitou, pocity odcizení a tendencí k delikvenci.³⁸⁶ Ohrožené ženy proto potřebují získat informaci, jak lze zastavit eskalaci násilí. „Dále potřebují morální podporu a povzbuzení, aby zvládly mimořádně náročnou situaci vlastními silami. Ty jsou přitom velmi oslabeny, neboť oběti v průběhu dlouhotrvajícího domácího násilí postupně přišly o sebedůvěru i schopnost samostatného rozhodování a naopak nabyly dojmu, že parter je všemocný, má všude známé a všechno mu projde.“³⁸⁷ Ochota činit rezolutní rozhodnutí (např. podávat trestní oznámení) klesá s prohlubováním domácího násilí, u opakovaně viktimizovaných obětí.³⁸⁸ I v tomto smyslu je adekvátní podpora odborníka prvního kontaktu důležitá, neboť může prohlubování patologických vzorců zastavit. V praxi se jedná spíše o pozvolné zastavení, nelze očekávat rezolutní změnu po první návštěvě v lékařské ordinaci. „Jen pomalu lze člověka přesvědčit o pravdě jinak triviální, že nikdo nemá právo působit bezpráví, dokonce ani ten ne, kdo sám bezprávím utrpěl.“³⁸⁹

8.2.1 Riziko psychogenní iatropatogeneze

Pokud na noční pohotovosti zazvoní zraněná, dezorientovaná žena, může pochopitelně dojít k mnoha omylům v myšlení zdravotnického personálu. Zmatenost lze snadno přičíst závislosti na omamných látkách, neupravenost a zranění by odpovídalo sociálně exkludovaným ženám žijícím na ulici. Jakkoli by ani uvedená charakteristika neopravňovala lékaře k nedbalému jednání, může se ve skutečnosti jednat o osobu, kterou napadl partner (manžel) a její zranění jsou natolik závažná, že se v šoku nebo navzdory možným obavám ze zostuzení vydala hledat lékařskou pomoc. Může se jednat o ženu vzdělanou a společensky úspěšnou. Jak vyplývá z dostupných kazuistik, domácí násilí prolíná všemi společenskými vrstvami a samozřejmě se týká i vysokoškolsky vzdělaných právníků, vědeckých pracovníků, učitelek i lékařek.

³⁸⁴ VAVROŇOVÁ, M. Sociologická sonda domácího násilí na ženách a dětech (děti – svědci domácího násilí). In *Domácí násilí na dětech, partnerech a seniorech*. Praha: 2009, s. 38.

³⁸⁵ KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu. Eseje o dětech a rodičích*. Praha: 2008, s. 58.

³⁸⁶ KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Zlo na každý den*. Praha: 2001, s. 231.

³⁸⁷ VYHLÍDALOVÁ, P. Dvě tváře násilníka. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, s. 27.

³⁸⁸ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 85.

³⁸⁹ FRANKL, V. E. ...*A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 87.

At' už je obětí kdokoli, bývá to člověk s vážně narušenou autonomií, většinou ekonomicky nebo citově závislý na partnerovi, submisivní, osamělý, trpící pocity viny a insuficience. Pokud se lékař chová neuctivě nebo klade na pacienta nesplnitelné požadavky (např. okamžité řešení situace), velmi snadno působí tzv. sekundární trauma, které může být „poslední kapkou“ k nevyhledávání odborné pomoci a setrvávání v krizové situaci, která může vyústit v krajně závažné fyzické nebo psychické poškození (výjimkou nejsou ženy, které řeší svou situaci až po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče).

V případě, že oběť najde sílu týrání zastavit, může si vyhledat doporučený postup na internetových stránkách nebo v letácích odborných pracovišť. Mezi prvními body tohoto postupu obvykle stojí, aby oběť vyhledala lékařské vyšetření a vyžádala si lékařskou zprávu. Tato zpráva je totiž jedním z nejcennějších důkazů, které lze použít v objasňování a řešení situace. I pro občana s průměrným sebevědomím může být někdy nepříjemné žádat o cokoli pomáhajícího, který je časově vytížen. Tím spíše může být tato prosba obtížná pro oběť týrání, která dlouhodobě trpí pocity vlastní nedostačivosti. Pokud se odhodlá požádat o pomoc a lékař není k této prosbě vstřícný nebo lékařskou zprávu vyhotoví, ale dává najevo pocity nelibosti a časové tísně, může mít toto jednání pro pacienta fatální důsledky v tom, že již o pomoc nikdy nepožádá.

Situaci týraných může velmi komplikovat sekundární viktimizace, kdy jim nepřímo ubližují ti, kteří by je měli chránit. „Je spíše pravidlem než výjimkou, že místo pochopení, pomoci a ochrany se týrané ženy setkají s nedůvěrou, pochybnostmi a obviňováním.“ Může jít o bagatelizování u policie, lékaře, na úřadech, u soudu, ale i mezi přáteli.³⁹⁰

8.2.2 Rozvoj posttraumatické stresové poruchy u ohrožených osob

Posttraumatická stresová porucha byla v roce 1979 zahrnuta do Mezinárodní klasifikace nemocí (kód F 43.1). Jde o zpožděnou nebo protrahovanou reakci na závažný stres. Projevuje se tíživými vzpomínkami na událost, děsivými sny, iluzemi, halucinacemi, disociativními flashback-epizodami a tělesnými reakcemi.³⁹¹ Pozitronová emisní tomografie ukázala, že zneužívání a zanedbávání v raném dětství destruuje oblasti pravé mozkové hemisféry (oblasti zpracování stresu). Důsledkem může být patologická, špatně ovlivnitelná neuronální síť v dospělosti a chronická posttraumatická stresová porucha.³⁹² V MKN 10 se dále uvádí, že porucha způsobuje klinicky významné zhoršení kvality života

³⁹⁰ ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: 2004, s. 109.

³⁹¹ MACKOVÁ, K. *Posttraumatická stresová porucha ve vztahu k domácímu násilí*. Praha: 2009, s. 50.

³⁹² KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu. Eseje o dětech a rodičích*. Praha: 2008, s. 65–66.

a omezuje v sociálních, pracovních a jiných důležitých oblastech života. Rozlišuje se akutní forma poruchy (symptomy trvají max. 3 měsíce), chronický stav poruchy (symptomy trvají déle než 3 měsíce) a posttraumatická stresová porucha s odloženým začátkem, kdy se symptomy objevují nejdříve po 6 měsících. Zvlášť ohroženy jsou osoby, které se během traumatické události cítily zcela bezbranné, byly vystaveny události po delší dobu a událost nebyla zaviněna přírodní katastrofou. Všechna uvedená kritéria odpovídají kontextu domácího násilí. Déletrvající trauma znamená pro danou osobu vyšší riziko této poruchy, syndromu připoutání prohlubování disociačních mechanismů³⁹³.

8.2.3 Rozhovor s pracovníkem organizace pro ženy ohrožené domácím násilím

1. Můžete stručně uvést cíle vaší organizace. S jakými cílovými skupinami pracujete?

„Naším cílem je komplexní kvalifikovaná podpora a ochrana osob ohrožených domácím násilím tak, aby se mohly z tzv. začarovaného kruhu vyvázat a začít jiný život. Naši cílovou skupinou jsou ohrožené ženy a jejich děti. Jelikož poskytujeme i utajené bydlení, obrazení se na nás všechny oběti domácího násilí, kterým poskytujeme alespoň poradenství a odkazujeme je na jiná existující zařízení. Např. pokud potřebuji pomoci ohrožený muž s dětmi, nemůžeme jej u nás přijmout, ale víme, kam se může obrátit.“

2. V jakých situacích jsou nejčastěji ohrožené osoby, s nimiž pracujete?

„Nejčastěji jde o situace, kdy jsou domácím násilím ohroženy i děti, což bývá spouštěčem řešení. Násilná osoba potřebuje mít moc a uměle vytváří atmosféru, která vyvolává v oběti pocity viny z toho, že je špatná manželka, matka, hospodyně. Snaží se vyhrožovat tím, že budou děti svěřeny do jeho péče, protože má známé. Toto chování bývá doprovázeno fyzickým ubližováním, zamykáním ohrožené osoby v bytě a znemožňováním sociálních kontaktů. Žena tak postupně úplně ztrácí náhled. Stává se, že teprve v místě, kde nemůže být partner s ní, si uvědomuje, že je něco špatně. Takových míst je málo, bývá to třeba porodnice, kde je žena skutečně pár dní sama. Domácí násilí totiž často začíná v období těhotenství. V tomto smyslu je dost určující, jestli dokáže zdravotnický personál poradit. Pokud ne, žena se cítí bezbranná a vrací se do „starých kolejí“.

³⁹³ MZ ČR. MKN 10. [online]. ©2008, posl. aktualizace 2. 12. 2009 [cit. dne 16. 12. 2009]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/881-mkn-10-mezinarodni-klasifikace-nemoci.html>

3. Za jakých podmínek se, podle vašich zkušeností, podaří oběti „z kruhu vystoupit“?

„Nejdůležitější je její vlastní rozhodnutí a motivace v něm vytrvat. Bez pomoci zvenčí ale málokterá ohrožená osoba vytrvá. Ve své praxi jsem se nesetkal s tím, že by nebylo potřeba alespoň minimální poradenství. Ono jde totiž nejen o zvládnutí citové a finanční závislosti, to je asi nejtěžší úkol, ale nová situace vyžaduje i množství praktických dovedností, zařizování a znalostí platné legislativy. Do toho všeho se násilná osoba dožaduje kontaktu a snaží se získat ženu zpět. Často tak činí pod záminkou setkání s dětmi, ale pokud k němu dojde, využije tento čas pro přemlouvání všech zúčastněných, a to velmi manipulativním způsobem (vykreslováním lásky a pravosti vztahu, otázkami o budoucím životě, bydlení, peněz, dětí). Děti občas bývají na straně mocnějšího a není těžké je ovlivňovat. Je docela obvyklé, že se oběť k násilné osobě vrací, násilí dále eskaluje, případně oběť se znovu rozhoduje, hledá pomoc a zkouší z kruhu vystoupit.“

4. Kdy je tedy šance tento „koloběh přetrnout“ ?

„Je to hlavně v situaci, když se žena rozhodne, že nebude domácímu násilí vystavovat své děti. Nebo zažije tak závažné vykořisťování, že si prostě dokáže říci dost. Pokud se někde svěří, musí se jí dostat rady a naděje ve zdárné řešení. Ideální je, když je v blízkosti někdo z původní rodiny, kdo opakovaně podporuje rozhodnutí oběti a poskytuje praktickou pomoc. Nejčastěji to jsou rodiče, ale problém může být v tom, že ohrožená osoba už rodiče nemá nebo je ztratila v době, kdy rodiče s jejím partnerským vztahem nesouhlasili. Pozitivní úlohu spíše v pozdějších fázích představuje nový partner, budování nového vztahu a zázemí.“

5. Hovoříte o tom, že důležitá je i pomoc okolí. Pokud byste měl jmenovat příslušníky profesí, na jejichž adekvátním/neadekvátním jednání může záviset další osud oběti, kdo by to byl?

„Policisté, soudci, lékaři. Setkávám se s dostatečně vzdělanými kolegy, kteří jsou oporou, ale bohužel i s těmi, kteří představují spíše překážku ke zdárnému vyřešení situace. Jejich reakce může mít velký dopad hlavně tehdy, když se na ně ohrožená osoba obrací jako na tzv. odborníky prvního kontaktu.“

6. Co by měl udělat lékař, který opakovaně ošetřuje podivná zranění a pacientka nechce objasnit, jak k nim došlo?

„Měl by se ptát opakovaně, do dokumentace udělat záznam o tom, že pacientka nechtěla zranění vysvětlit, a v případě ohrožení dětí uplatnit ohlašovací povinnost. V čekárně by měly být samozřejmě k dispozici letáčky s kontakty na odborná pracoviště. Ale to je vše, co je v silách lékaře v této situaci.“

7. Co lze udělat v situaci, kdy se pacientka lékaři přímo svěří a projeví vůli situaci řešit?

„Tak to je dost velká příležitost. Je potřeba předpokládat, že žena, která je bita a ponižována, má hodně nízké sebevědomí. Proto je hlavní sdělit jí, že je v pořádku, že se svěřila, projevit jí důvěru a sdělit, že je situace řešitelná a pomoc dostupná. Velmi pomůže, pokud lékař přímo sdělí, že je v kontaktu s krizovým intervenčním centrem, případně ji telefonicky s tímto zařízením spojí (linky mají nepřetržitý provoz). Snadno lze domluvit osobní konzultaci případně okamžitý azyl, to vše ale jedině se souhlasem pacientky.“

8. Je něco, v čem je lékař nezastupitelný?

„Uvedenou pomoc může poskytnout prakticky kdokoli. Intervence ze strany lékaře má ale své výhody. Jednak se jeho role pojí s důvěrou (na rozdíl od jiných profesí, které jsou společensky znevažované), za druhé je to v podstatě jediné pracoviště, které lidé běžně a bez předsudků navštěvují. V lékařské ordinaci je možné se svěřit bez přítomnosti násilníka, který oběť často „doprovází“ úplně všude. Zcela nezastupitelný je lékař ve vyhotovení důkazů (lékařských zpráv, dokumentace), které mohou být rozhodující u soudu.“

9. Můžete naznačit, co se děje, pokud je ohrožená osoba rozhodnuta a vyhledá vaši pomoc?

„Naše doprovázení po přijetí ohrožené osoby do utajeného pobytu spočívá hlavně v upevnění jejího rozhodnutí. Snažíme se vysvětlit, že podmínkou zdárného řešení je hlavně počáteční přetrhání kontaktu s násilnou osobou, aby nemohla používat manipulaci. Doporučujeme napsat dopis a oznámit, že se nechce kontaktovat, často je nutné obětovat mobilní telefon. Potom postupně pracujeme na nalezení nových vzorců myšlení, získání sebeúcty, na naději, že jde žít kvalitní život i bez násilné osoby. Během této doby je často třeba legislativně zamezit pronásledování oběti, domáhání se práv skrze děti apod. K tomu, aby mohla být ohrožená osoba v utajení a v klidu, jsou právě nutné všechny důkazy: lékařské zprávy, záznamy výjezdů policie, trestní oznámení, doklady o vykazání apod.

Bohužel nemůžu mluvit moc detailně o dalších způsobech naší práce, v této oblasti je nutné chránit „know how“ kvůli obětem, které jsou na cestě změnit svůj dosavadní život, zachránit se. Mohu prozradit, že v současné době používáme několik ověřených způsobů práce, s kolegyní teď zavádíme nové nápady a přiznám se, že je to hodně náročná práce. Pokud např. komunikujeme s násilnou osobou my, ventiluje si na nás svou zlobu, někdy musíme volat policii. Dost extrémní reakce vyvolává také to, že jsem muž. Např. je nepříjemné, že na mě násilníci žárlí, v jejich očích jsem rivalem. Jsou přesvědčeni o tom, že jejich láska je jediná pravá a to je pohání udělat cokoli.“

10. Můžete odhadnout, kolika ženám z těch, s nimiž jste pracoval, se podaří vymanit?

„Realita je taková, že se jich odhadem tak 70% vrací zpět k partnerovi a násilí dále pokračuje.“

11. Dá se říci, že ženy, které to dokázaly, mohly svými zkušenostmi něco získat?

„Často se jedná o osoby, které se s násilím setkaly už v dětství. Je pravděpodobně, že až po prodělání dalších krizových situací v dospělosti se začaly učit, že násilí není v pořádku. Pochopily, že mají svá práva a mohou se bránit, což zvyšuje jejich sebeúctu, sebevědomí. V budoucím životě jsou pak opatrnější, méně důvěřivé. Vědí, že domácí násilí má své

zákonitosti a že velmi záleží na jejich první reakci, pokud jim někdo ublíží. Když si nechá první projev líbit, násilí se stupňuje. Pokud ale ví, že se má bránit a nedovolit si ubližovat, násilí se nemusí rozvinout. Ideální by bylo, kdyby povědomí o těchto věcech měla celá společnost, v oblasti domácího násilí panuje dost předsudků. Situace se ale pozvolna zlepšuje.“

Děkuji za rozhovor.

(Rozhovor byl autorizován dne 24. února 2010. Respondent vyjádřil přání nebýt jmenován z důvodu ochrany klientek i sebe).

8.3 Ochrana lidských práv dalších oslabených pacientů

Život s jakýmkoli postižením nebo znevýhodněním je neustálým zápasem nejen o přežití, ale také o nalezení „smyslu lidského usilování“. Je formou transcendence, překonáváním „danosti těla“ tohoto člověka, jeho individualita tak přerůstá do globálního společenského vědomí.³⁹⁴ Otázkou zůstává, jakým způsobem stanovit hranice vztahu pomáhajícího (rodiče, opatrovníka), aby nebyla empatie zaměňována se soucitem, podpora se závislostí a zneužíváním moci. Stanovení míry autonomie u osob s postižením je aktuálním tématem teorie odborné praxe. Např. v oblasti kvalitní práce s lidmi s mentálním postižením je vzhledem ke kvalitě života zvlášť nezbytné odlišovat „způsobilost k právním úkonům“ od „lidských práv“. To, že člověk s omezenou autonomií není účasten právních aktů ještě neznamená, že může druhá osoba rozhodovat o jeho soukromí a dílčích aspektech kvality života. Cílem je maximálně podpořit soběstačnost klienta a jeho svobodu v co možná nejvyšší míře. Na poli lékařské etiky však zůstává dominantním princip responsibility za současného uchování principu ekvivalence, který je realizován skrze elementární rozhodování pacienta, čímž je zachována také důstojnost jeho osoby. Každý člověk je ale jistým způsobem závislý na ostatních a osoby s jakýmkoli postižením vyžadují zvláštní ochranu. „Jista dependence tak představuje obecný lidský rys a kýžená autonomie člověka se stává jen poněkud fiktivním přáním ...“³⁹⁵ Specifická je pak péče o seniory. Stárnoucí populace není homogenní z hlediska svých potřeb ani autonomie, zde je třeba řešit problémové situace zásadně individuálně, nevnímat např. pomalejší tempo

³⁹⁴ KRAHULCOVÁ, B. Filosofické, etické a psychosociální aspekty sluchové deprivace. *Theologická revue*, 2006, roč. 77, s. 394.

³⁹⁵ PAYNE, J. *Klinická etika*. Praha: 1992, s. 64.

jako neschopnost komunikovat, rozhodovat se. Senioři nejsou z hlediska svých potřeb homogenní skupinou. V souvislosti s detekcí domácího násilí je však na místě zvláštní obezřetnost, neboť mnoho překážek je charakteristické pro stáří obecně (stud, strach, úbytek fyzických a psychických sil apod.). Zvláštní kapitolou je pak téma stárnutí v případě osob s postižením. Zde je třeba počítat s tím, že se kombinací obou specifík míra závislosti na druhých zvyšuje. S ohledem na demografické stárnutí populace se ve společnosti rozvíjejí aktivity na podporu seniorů, debatuje se o různých variantách ekonomických a jiných řešení stávající situace. Poněkud na okraji ale zůstává problematika senescence osob s postižením. „U zdravotně postiženého člověka (mentálně, senzoricky, tělesně) nebo jinak znevýhodněného člověka (komunikačně, kulturně) lze v procesu stárnutí usuzovat hned na celou řadu změn.“ Tato specifika představují nosná vědecká témata především pro obory, jakými jsou gerontagogika nebo andragogika.³⁹⁶ Celoživotní vzdělávání se tak týká nejen zdravých, plně autonomních jedinců, ale i osob s různým typem postižení, pro něž je edukace v neposlední řadě nástrojem prevence sociální exkluze, která je živnou půdou pro zneužívání a násilí všeho druhu.

8.3.1 Rozhovor s vedoucí služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením a organickým poškozením mozku

1. Můžete stručně představit cíle chráněného bydlení, resp. cíle občanského sdružení Pohoda?

„Občanské sdružení POHODA – společnost pro normální život lidí s postižením zahájila svou činnost v roce 1998. Cílovou skupinou všech služeb jsou lidé s mentálním a kombinovaným postižením, případně s organickým poškozením mozku. Služby vycházejí z poslání organizace, které se zavazuje k podpoře důstojného a plnohodnotného života. Jde o služby, které maximálně posilují jejich soběstačnost a vlastní kompetence a respektují jejich osobnost, názory a individuální potřeby. Naše organizace se řídí mottem Karla Čapka: „Každý se může svobodně rozvíjet a jeden druhému má pomáhat, aby byl šťasten tak, jak po tom touží.“ Začínali jsme s jednou sociální službou, jedním chráněným bytem. V současnosti poskytujeme tři sociální služby: chráněné bydlení, denní stacionář a osobní terénní asistenci.“

³⁹⁶ KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: 2002, s. 5–6.

2. Nakolik je chráněný byt pro obyvatele domovem? Jsou zde mezilidské vztahy podobné vazbám v rodině?

„Chráněné bydlení o.s. POHODA, je spíše komunitního charakteru. Troufám si říci, že čím menší počet lidí v bytě, tím více ho obyvatelé bytu považují za domov. Je to dáno také tím, jak dlouho v bytě člověk žije. Jako příklad bych uvedla byt, kde žijí pohromadě tři lidé – jeden muž a dvě ženy, všichni ve věku kolem padesáti let. Jedná se o byt, který jsme získali k užívání po rodičích pána. V bytě je doma. Jedna jeho spolubydlící, která nastoupila v létě 2009, se podle mého názoru v bytě cítí dobře, ale za domov jej nepovažuje. Má blízký vztah s rodinou sestry, kterou často navštěvuje. Doma se cítí spíše tam. V jednom z bytů o rozloze 300 m² žije 8 lidí. To již považuji za velkou skupinu lidí, v níž je velmi náročné pracovat s klientem individuálně. Žijí zde lidé mladší, pracující. Všichni přišli do naší organizace z rodinného prostředí. Některým rodiče zemřeli a neměli nikoho z rodiny, někteří mají rodiče, ale rozhodli se pro život mimo rodinu. Jsou s rodiči v kontaktu, ale již chtějí žít samostatně. Mnozí z těchto klientů by upřednostnili samostatné bydlení, ale jejich kompetence k tomu v současné době nepostačují.“

1. Existuje bližší souvislost mezi životem lidí s mentálním postižením (v chráněném bydlení, v rodině, v ústavu) a násilím?

„Domnívám se, že ano. Souvisí to s jejich neznalostí svých práv. Lidé s postižením si nejsou vědomi toho, co si k nim druzí mohou dovolit a co nikoliv. Okolí zneužívá jejich nevědomosti zákona a obecných zvyklostí slušné společnosti. Proto vznikla v odborné společnosti potřeba seznamovat lidi s mentálním postižením s jejich právy a s možnostmi jak se bránit, hájit svou osobu. Paradoxně (negativně) se v tomto případě na jejich životě podepisuje také rodina. Samozřejmě existují rodiny, které dovedou svého člena s postižením dovést do dospělosti se vším co k tomu patří. Takový člověk má příležitost naučit se přemýšlet nad sebou samým, rozhodovat o sobě. Má příležitost zakoušet rizika a tím získává pro život důležitou zkušenost. Problém sleduji v rodinách, kde člověk s postižením je neustále „válcován“ názory rodičů, širší rodiny. Několikrát jsem se setkala s rodiči, kteří odpovídali na otázky za svého syna či dceru. Na otázky typu „Máte rád čaj ovocný nebo černý“? neuplynou ani tři vteřiny a rodič automaticky odpovídá: „Víte, on má rád černý s mlékem. On by vám to stejně neřekl, dlouho mu to trvá“.

Zdánlivě to s násilím nesouvisí, ale už tady vidím prvopočátek násilného chování k člověku s postižením. Jsou známy případy, kdy si lidé s postižením oddechli, když jejich rodiče zemřeli. Takový cítili tlak! Jakoby se mohli najednou nadechnout. Totiž, pro jejich rodiče důležité věci, nebyly vždy důležité pro ně. Ale můžeme to rodičům vyčítat? Zejména tehdy, když na celou péči o dítě zůstávali často až do jeho dospělosti sami?

Obdoba se děje i v tradičních zařízeních. Při velkém počtu obyvatel ústavních zařízení a malém počtu pracovníků, nemohou mít uživatelé takovou podporu, jakou by potřebovali. Přidá-li se k tomuto neprofesionální přístup některých pracovníků a tradiční na člověka nezaměřená práce, pak je prostor k jeho zneužití volný. Jak ve vztahu pracovník uživatel služby, tak mezi uživateli samotnými. Může tak docházet k verbálnímu, fyzickému, citovému i sexuálnímu zneužívání.“

4. Objevuje se někdy násilí přímo mezi lidmi s postižením – ať už ve smyslu fyzického napadání, opakovaného psychického ubližování, zneužívání moci – vyšší míry soběstačnosti, schopností, intelektu?

„Ano, nejvíce ve službě zaznamenáváme verbální útoky. Drobná hádka je na denním pořádku. Fyzické útoky takřka vůbec. Z předchozích let máme zkušenost s epizodickým ničením nábytku, kdy se klient s psychickými obtížemi dostal do amoku a rozbil o zem židli. To se však děje výjimečně. V nedávné době jeden uživatel uplatňoval svůj názor, po jehož odmítnutí spolubydlícím se rozčílil. Křičel na něho a nakonec, přes veškeré snahy o uklidnění situace ze strany asistenta, klient utekl z bytu. Museli jsme kontaktovat Policii ČR, aby se ho pokusila najít. Sám cestu domů nenajde.

V samostatnějším bytě, kdy není po celý čas asistent přítomen (je přes chodbu v druhém bytě, klienti ho mohou kdykoliv kontaktovat), sledujeme, že je vždy nějaký „nejslabší článek“. V konkrétním případě řešíme manipulaci obyvatel bytu s jedním z nich. Objevují se nadávky a slovní ponižování. Vždy, když jsou mimo dosah asistenta. V jeho přítomnosti je situace úplně jiná. Přestože se nejedná o „slabšího“ klienta – fyzicky či intelektově, jedná se o pána, který má velmi slabé sebevědomí a rodina mu neumožnila naučit se utvářet vlastní názor, bránit se. Využíváme tuto situaci jako „chráněného prostoru“ ve kterém si pán může osvojit některé dovednosti. Bohužel nám v tom příliš nepomáhá rodič, který sám se synem manipuluje a nerespektuje jeho názor. V rámci individuálního plánování s klientem uvažujeme o bližší spolupráci s rodičem. Klient zatím pomoc v tomto směru odmítá.“

5. V případě, že by se jednalo o utajené násilí, kdo jej má z pomáhajících profesionálů šanci odhalit?

„To je velmi těžké. Bohužel důkazní a argumentační schopnosti násilných osob jsou větší než schopnosti osob ohrožených. Přestože někteří lidé s postižením jsou evidentně týráni (stopy po fyzickém týrání, otevřeně nebo v náznacích o násilí hovoří), je těžké docílit změny. Policie není stále připravená tyto případy řešit. Neumí komunikovat s lidmi s postižením, proces je neflexibilní.

V jedné ze služeb naší organizace si paní stěžovala na to, že jí sestra tahá, strká, nemůže se vyspat atd. Sami pracovníci zjistili na těle paní modřiny. Kolegyně využila času, který paní trávila v denním stacionáři, a navštívila s ní lékařku. Lékařka paní vyšetřila a konstatovala otlaky prstů na paži. Vedoucí služby sepsala trestní oznámení a předala je, včetně zprávy od lékaře a korespondencí se sestrou uživatelsky, policii. Již týž den byla sestra policií informována o trestním oznámení, které na ni bylo podáno. Sestra reagovala okamžitým zrušením smlouvy o poskytování služby. Profesionál může tyto případy odhalit tím, že bude proškolen v rozpoznávání násilí na člověku a ve zjišťování bližších informací. Důležitá je asistentova otevřenost, pozornost vůči citům klienta, získání si jeho důvěry. Je třeba, aby profesionál uměl takovou informaci zpracovat a věděl, kam se následně obrátit. Jedná se o velmi citlivé situace, které mohou nevratně narušit vztahy v rodině klienta. Přestože je takový člověk nešťastný, ztráta rodiny je pro něho mnohdy větší trauma než trvající násilí. Může-li takový člověk posoudit svoji situaci, měl by mít na výběr, jak se bude situace řešit. Příliš angažovaný pracovník může člověku situaci z jeho pohledu ještě zhoršit. Někdy řešení vyžaduje čas. Klient potřebuje především pozornost důvěryhodné osoby, která ho vyslechne a utěší. Jsou však situace, které je třeba řešit bezodkladně. To vyžaduje profesionalitu a empatii pracovníka a jeho schopnost situaci rozpoznat. V případě dětí je nezbytné samotné podezření o násilí ohlásit okamžitě na policii.“

6. Jakou roli v této otázce může mít lékař ? Co přesně by měl udělat, pokud si povšimne něčeho podezřelého?

„Lékař se k případu může dostat například tak, že k němu přijde pracovník služby s člověkem se znaky násilí. Lékař by měl postupovat podle etických zásad, které by měly být pro tyto případy specifikované. Měl by komunikovat s respektem k osobě, kterou

vyšetřuje. Situaci by rozhodně neměl podceňovat. Měl by být nápomocný při odkrývání násilí v rodině. Například praktický lékař se s konkrétním člověkem setkává při pravidelných lékařských kontrolách. Zde by měl být lékař pozorný, protože může odhalit známky násilí jako první. Vyšetřuje pacienta někdy i v partiích těla, které nejsou v běžném styku vidět, sociální pracovník tyto známky nemůže odhalit.

Lékař, který pracuje pro ústavní zařízení by měl být zvlášť pozorný, neboť může odhalit násilí, které pracovník opět nemusí zaznamenat. Zde by měl lékař okamžitě jednat tak, aby zachoval soukromí pacienta, ale aby upozornil na situaci, která má na život pacienta negativní dopad. Zařízení by mělo okamžitě jednat a situaci se pokusit změnit, možná i systémově.“

7. Daří se Vám na poli práce s lidmi s mentálním postižením interdisciplinárně spolupracovat? Se kterým dalšími pomáhajícími spolupracujete a jak se daří spolupracovat s lékaři?

„V rámci služby se snažíme uživatelům zařídit komplexní podporu. Naším cílem je, abychom spolupracovali se službami mimo chráněný byt a lidé využívali služby tak, jako ostatní občané. Spolupracujeme s dalšími neziskovými organizacemi – podporované zaměstnávání, podpora při cestovní, vzdělávací a volno-časové aktivity. Dále s odbory sociální péče a zdravotnictví, centry sociálních služeb, kde sídlí veřejní opatrovníci. Spolupráce s lékaři je poměrně častá. Zejména s psychiatry, neurology, praktickými, zubními lékaři aj. Snažíme se o to, aby si uživatelé služby zvolili lékaře, kteří jim vyhovují a k nimž mají důvěru. Také jsme se zapojili do výzkumu ohledně kvality života žen s mentálním postižením a průzkumu důvěryhodného zjišťování spokojenosti uživatelů služby.“

8. Pokud máte zkušenost s podobnou prací v zahraničí, můžete krátce porovnat tamní interdisciplinární spolupráci s ČR?

„Zkušenosti mám ze Spojených států a Velké Británie. Situace v těchto zemích a ČR mi připadá obdobná. V USA, v Masachussetts, existuje úřad Department of Mental Retardation, který sleduje práci s lidmi s mentálním postižením v tomto státě - nakládání s prostředky uživatelů i jejich ochranu a dostatečnou péči. Už existence tohoto úřadu

vypovídá o tom, nakolik významná pozornost je věnovaná těmto lidem. Ve větším měřítku je v USA vytvořena síť volnočasových aktivit.

Ve Velké Británii, konkrétně v Cambridge a Londýně, byla patrná kvalitní a systémově promyšlená spolupráce sociálních odborů s neziskovými organizacemi, zejména v případě přidělování finančních prostředků, které má člověk s postižením k dispozici na nákup služeb. Příspěvky jsou obdobou příspěvků na péči, které známe z ČR. Sociální pracovník v Anglii se účastní individuálního plánování a má vliv na výběr služeb pro uživatele tak, aby co nejvíce odpovídaly jeho přání a potřebám. Lidé s postižením jsou v Anglii více začleňováni do společnosti, jsou si mnohem více vědomi svých práv i zodpovědnosti za svá rozhodnutí. V ostatním jsem nezaznamenala výrazné rozdíly.“

9. Lidé s mentálním postižením mají právo na soukromí a intimitu, v tom případě pro ně ale může být obtížné rozlišit, kdy je o porušování jejich práv, pokud jim někdo ubližuje. Jaké nástroje, programy, aktivity jsou dnes k dispozici proto, aby si klienti nenechali ubližovat?

„Zákon o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb poukazují na povinnost poskytovatelů služby seznamovat uživatele s jejich právy a respektovat je. Dokumenty a procesy ve službě tomu musí odpovídat. Klient má právo rozumět všemu, co se s ním děje. Proto musí mít poskytovatel vypracované postupy seznamování klienta se svými řády a pravidly způsobem, který je klientovi srozumitelný, např. i s pomocí piktogramů. Existují kurzy práv lidí s MP jak pro pracovníky služeb, tak pro klienty samotné. V naší organizaci, v rámci denního stacionáře, klienti navštěvují kurz práv. S právy se seznamují jak teoreticky, tak i prakticky. Asistenti navozují situace, během kterých mohou být práva klientů narušována. Při nich se lidé učí argumentovat, odporovat, říci svůj názor. V chráněném bydlení o právech hovoříme v průběhu společných porad s klienty a zejména s nimi pracujeme v běžných situacích. Zaznamenali jsme změnu v chování uživatelů. Více si dokáží hájit svůj názor, vysvětlit svůj postoj. Zároveň si ověřují hranici druhého a snaží se respektovat právo druhého člověka. Je však nutné nezapomenout na to, že s právy se pojí také zodpovědnost každého. Na to naši uživatelé teprve přicházejí.“

10. Zažila jste případ, kdy bylo odhaleno a řešeno násilí na člověku s mentálním postižením a tato situace byla pro klienta výzvou k tomu, aby se něco nového naučil a zvýšil si tak kvalitu života?

„Situací, kdy se klienti setkali s násilím, využíváme jako příležitosti pro další osvojování práv a dovedností daného člověka. Tím, že tyto situace společně reflektujeme „v chráněném prostoru“, dochází k lepšímu prožití vlastních práv a povinností, klient se učí komunikovat a posilovat autonomii.“

Děkuji za rozhovor.

(Rozhovor byl autorizován Mgr. Lucií Mervardovou dne 22. února 2010.)

8.4 Riziko přenosu ve vztahu lékaře a pacienta

Mezi lékaře, kteří usilovali o vnímání pacienta v celém kontextu jeho života, patří Michael Balint. Varoval lékaře před redukováním osobnosti pacienta na diagnózu podle medicínských tabulek. Tato diagnóza, na rozdíl od diagnózy kontextuální, nevypovídá nic o životě pacienta a o jeho přístupu k nemoci a léčení.³⁹⁷ Pokud je ale lékař citlivě reflektuje osobní problémy pacienta, hrozí zde riziko saturace citových potřeb pacienta. Právě tím, že bývá lékař první osobou, která projeví zájem a naslouchá životním peripetiím jedince, může se v očích pacienta stát tzv. signifikantní osobou. Pokud v pacientově prostředí jiná signifikantní osoba chybí, může být přínosem, pokud lékař posílí naději ve zdárné řešení tím, že prvky této „signifikace“ přijme. Musí jít ale o přijetí zástupné, dočasné, s jasně danou hranicí. Jakékoli spontánní, rozumem neřízené jednání lékaře představuje hrozbu v podobě nežádoucího přenosu, přičemž není obvyklé, že by byl lékař kvalifikován rozvinutý přenos zvládnout. Hranice mezi jednáním, na jehož počátku je dobrý úmysl, a iatropatogenními důsledky, je velmi tenká. Pozitivní, negativní i ambivalentní přenos může vztah lékaře a pacienta velmi komplikovat, jedinou prevencí je dobrá znalost těchto iracionálních mechanismů a předseděvším znalost sebe sama.

K dalším rizikům (s přenosem souvisejícím) patří tendence pacienta zneužívat čas lékaře. Pokud pacient v přehnané míře staví lékaře do role „utěšitele“, nejedná se

³⁹⁷ PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacient a Michael Balint*. Praha: 2004, s. 36.

o korektní jednání z jeho strany, jakkoli má útěcha v ordinacích své místo. Nemoc může být voláním po uspokojení pozornosti a lásky, je však na lékaři, aby vhodnými psychologickými prostředky motivoval pacienta k saturaci těchto potřeb jinde. Zvláštní pozornost mohou vyžadovat pacienti, kteří trpí pocity viny. Manipulativně pak staví lékaře do role zpovědníka. Přistupovat na tuto roli není oprávněným zájmem ani povinností lékaře.³⁹⁸

8. 4 Shrnutí vzhledem k thesi

Jakákoli podoba domácího násilí je závažným stresorem s nepochybnými dopady na zdraví oběti i dalších členů rodiny. Tato tzv. epidemie domácího násilí je ovlivňována tím, že násilí není včas zastaveno a tak se šíří dále. Násilí mezi partnery je „útokem na sebúctu“ dětí. Jejich zneužívání, ať už přímé nebo nepřímé, se často přenáší na další generaci (v případě zneužívání v raném věku dítěte se tak stává až v 70%). Důsledkem sexuálního zneužívání v dětství mají vztah ke vzniku deprese, hraniční poruchy osobnosti a disociativní poruše identity v dospělosti. Ukazuje se, že hlavní příčinou sexuálního zneužívání je spíše násilí v původní rodině pachatele, nežli jeho sexuální zneužívání v dětství.³⁹⁹

Pakliže je pacient zraněn, navštíví lékaře, ale obává se tato zranění vysvětlit, je zde důvodné podezření, že vznikla násilným trestným činem. Pokud je pacient dlouhodobě nemocen a současně jeví známky deprese, je na místě položit několik otázek na téma jeho psychosociálního zázemí a stavu. Narodí-li se do mladé rodiny dítě se závažným postižením, je nutné předpokládat zvýšenou psychickou zátěž spojenou s rizikem vyšší nemocnosti a nabídnout specializované služby poraden rané péče. Zvláštní péči o kontext vzniku nemoci by lékaři měli mít u pacientů chronicky nemocných nebo těch, jejichž příčiny zdravotních problémů se nedaří odhalit. Zde je na místě více hovořit o kvalitě života pacienta.

Osoby ohrožené domácím násilím se většinou neobrací přímo na intervenční centra nebo jiná specializovaná zařízení, nemají potřební informace, obávají se. Lékař bývá v praxi prvním profesionálem, který může, pakliže domácí násilí rozpozná nebo se ohrožená osoba sama svěří, důvěryhodné informace poskytnout a doporučit specializované pracoviště. Může tak přispět k zastavení zhoubného procesu domácího násilí v rodině. Autonomie pacienta bývá značně narušena, vyhledání specializovaného zařízení na pomoc

³⁹⁸ BALINT, M. *Lékař, pacient a jeho nemoc*. Praha: 1999, s. 195.

³⁹⁹ KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu. Eseje o dětech a rodičích*. Praha: 2008, s. 62–63.

v krizi nebo v případě konkrétního patologického problému může být pro něho velmi obtížné. Návštěva u lékaře není opředena mýty a předsudky – především takovými, které si pacient sám v sobě vytváří sám. Proto by se lékař neměl v případě podezření ostýchat zavést rozhovor tímto směrem. Syndrom CAN, domácí násilí, týrání seniorů a další jevy, které souvisí s patologickými projevy v rodině, mohou být rozpoznatelné právě lékařem, který se tak stává tzv. „prvním článkem“ odborné pomoci a počátkem jejího efektivního řešení. Zásadním problémem v rámci trestního řízení o trestných činech provedených v domácnosti je důkazní nouze. Výpovědi oběti a pachatele jsou v rozporu, svědci se často brání vypovídat. Proto jsou tolik důležité listinné důkazy, především lékařské zprávy, které snadno vyhotoví lékař.

Sociální prostředí pacienta zasluhuje zvláštní pozornost lékaře. Tzv. sociální síť by měla být zdrojem opory, vyvolávat pocit jistoty a pozitivně ovlivňovat celkový zdravotní stav. V našich sociokulturních podmínkách představuje tuto sociální síť především rodina. Ta je důležitou determinantou vývoje a zdraví jedince po celý život - jak v pozitivním, tak i v negativním slova smyslu. Jak uvádí Vymětal, v praxi se osvědčuje tzv. homeostatický princip, kdy vedle zdravotních potíží lékař reflektuje také rovnováhu a klid v rodinném prostředí pacienta.⁴⁰⁰

Zvlášť důležitou úlohu má odborník prvního kontaktu v situaci, kdy jsou ohroženými osobami lidé s omezenou autonomií – děti, osoby s mentálním postižením nebo poškozením mozku aj. Často skryté zůstávají případy týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů, ať už v domácnostech nebo rodinách. Ošetřující lékař bývá jediným odborníkem, který může toto bezpráví rozpoznat a podat apel k dalšímu řešení situace.

Ten, kdo se setkává s osobou v krizi, musí mít na paměti, že jeho myšlení a jednání jsou pod tíhou silných emocí. Nevědomí pomáhajícího může být těmito emocemi infikováno.⁴⁰¹ Ztráta hranic nebo dokonce symbiotický citový vztah mezi pomáhajícím a klientem kýženým cílem není.⁴⁰²

⁴⁰⁰ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: 2003, s. 108.

⁴⁰¹ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: 2000, s. 11.

⁴⁰² KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: 2006, s. 55–92.

IV. Důsledky, dopady, předpoklady uskutečnitelnosti

9. Domácí násilí – věc veřejná ?

Závažnost celospolečenské situace, kterou odráží i předložená these, je vyjádřena v mezinárodních i českých dokumentech. Vyjadřují snahu společnosti domácí násilí eliminovat a bránit jeho šíření. Primárně jde o zdůrazňování primární prevence, případně zachycení jeho počátečních projevů. Jasně se ukázalo, že nestačí, když se témata řeší v soukromí nebo se jimi zabývají pouze neziskové organizace. Jde o závažný jev, který se přenáší transgeneračně a trpí jím značná část populace. Otázka porušování základních lidských práv se tak netýká pouze rozvojových zemí nebo zemí s totalitním režimem.

Následující dokumenty jsou projevem vůle společnosti situaci řešit. Jejich existence zčásti prakticky, zčásti symbolicky zakládá uskutečnitelnost předložené these. Jádrem prevence ale spočívá ve změně myšlení, kterou nelze dokumenty zaručit.

9.1 Mezinárodní dokumenty reflektující závažnost situace

Následující úmluvy uvádím jako symbolický projev vůle společnosti předcházet projevům domácího násilí, respektive jako jeden z předpokladů realizovatelnosti these:

- Deklarace práv dítěte (1924)
- Úmluva o právech dítěte (1989)
- Charta práv seniorů (1966)
- Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (1979)
- Vídeňská deklarace (1993)
- Pekingská deklarace (1995)
- Opční protokol k Úmluvě o odstranění všech forem diskriminace žen (1999)
- Deklarace OSN o základních principech spravedlnosti pro oběti trestných činů a pro oběti zneužití moci (1985)

9.2 Aktivity ze strany státu (top down)

Přelomovým z hlediska řešení domácího násilí a informovanosti veřejnosti ze strany státu byl rok 2001. Odbor prevence kriminality Ministerstva vnitra ČR uspořádal na toto téma informační kampaň. Jejím těžištěm bylo hlavně vzdělávání v řadách Policie ČR a zřízení webové stránky k domácímu násilí pro širokou veřejnost. Jedním z výstupů projektu bylo bohužel konstatování příslušníků Policie ČR, že zejména ze strany lékařů

není dodržována oznamovací povinnost. To se týká i trestných činů, jejichž neoznámení zakládá přímou trestní odpovědnost (např. týrání svěřené osoby).⁴⁰³

V roce 2002 vznikla v Poslanecké sněmovně ČR Aliance proti domácímu násilí. Její hlavní iniciativou bylo vypracování návrhu zákona č. 135/2006 Sb., na ochranu před domácím násilím. Inspirací k tomuto zákonu byla hlavně rakouská a německá legislativa, která zdůrazňuje nezbytnost komplexního přístupu. Zákon je postaven na třech hlavních pilířích: policii, intervenčních centrech a soudech. Intervenční centra jsou zřizována kraji, jejich pracovníci mají za úkol kontaktovat ohroženou osobu do dvou dnů od oznámení policie. Poskytují bezplatnou psychologickou a sociální pomoc a koordinují komunikaci dalších zúčastněných institucí. Novinkou v české legislativě je možnost vykázání pachatele z domácnosti na dobu deseti dnů (může být prodlouženo až na 1 rok). O efektivitě tohoto institutu se vedou diskuse, pravděpodobně nejvyšší je pro ohrožené osoby, které jsou pevně rozhodnuty situaci řešit a potřebují zajistit bezpečí na dobu, než si vyřídí všechny potřebné záležitosti. Ohrožené osobě je zajištěna ochrana ze strany policie.

Děti, které mají být odňaty z rodiny, např. v případě domácího násilí, jsou od října 2008 lépe chráněny novelou občanského soudního řádu.⁴⁰⁴ Soud může rodinným příslušníkům uložit mediační program trvající až tři měsíce. Další alternativou ukvapeného odnímání dětí z rodiny je sanace rodiny (poskytuje např. občanské sdružení Střep). Otázkou ale je, zda lze sanaci uplatnit v kontextu domácího násilí.

Národní akční plán realizace Strategie prevence násilí na dětech obsahuje dlouhodobé aktivity mezi lety 2008 až 2018. Jednou z priorit je profesionalita a dostupnost služeb, např. se zde uvádí, že 75% praktických lékařů nevěnuje pozornost příznakům.⁴⁰⁵ Na období 2009 až 2010 byl formulován Národní akční plán prevence násilí na dětech v ČR 2009-2010, kde jsou uvedeny např. tyto priority⁴⁰⁶:

- registrace všech dětí u praktického lékaře, preventivní prohlídky
- návštěvy dětské sestry v rodině
- vzdělávání zdravotníků
- zkvalitnění pedopsychiatrické péče
- dispenzární péče z důvodu nepříznivého rodinného prostředí

⁴⁰³ Portál veřejné správy České republiky. Trestní zákon [online]. c2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/>.

⁴⁰⁴ Portál veřejné správy České republiky. Občanský soudní řád [online]. c2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/>.

⁴⁰⁵ Národní strategie prevence násilí na dětech [online]. c2008 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.stopnasilinadetech.cz/pdf/narodnistrategie.pdf>.

⁴⁰⁶ Národní akční plán realizace Strategie prevence násilí na dětech [online]. c2009 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rfp/dokumenty/strategie-prevence-nasili-na-detech>.

V rámci Ministerstva vnitra byla v roce 2002 vytvořena meziresortní pracovní skupina, jejichž hlavním cílem bylo zřízení interdisciplinárních týmů spojujících zdravotní, sociální, právní a policejní pomoc při odhalování a řešení domácího násilí. Jde o zásadní systémový krok na poli eliminace domácího násilí. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví se vytvářejí preventivní programy, v nichž mají stěžejní úlohu poskytovatelé zdravotní péče a rozšiřování služeb pro ohrožené občany (zvláštní zdravotní služby, poradenství, tzv. horké linky). V roce 2008 navázaly interdisciplinární týmy spolupráci s intervenčními centry, které jsou spolu s policií a soudy hlavním pilířem zákona 135/2006 Sb.⁴⁰⁷

Neujasněným kompetencím lékařů a dalších zdravotníků byla věnována pozornost v projektu věnovanému zdravotnické prevenci kriminality, který probíhal v letech 2001 až 2003. Řešitelem tohoto projektu bylo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze.⁴⁰⁸

Ministerstvo zdravotnictví ČR dále reaguje na poptávku společnosti po komplexním řešení domácího násilí těmito aktivitami:

- Věstník MZ ČR č. 10/2005 – novela Věstník MZ ČR č. 5/2008.
- Metodický pokyn č. 5/2008 - určen pro praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře pro dospělé, gynekology, lékařskou službu první pomoci a záchrannou službu.
- Metodický pokyn MZ ČR, č. 3/2008 a č. 6/2008 – Postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím.

9. 3 Příklady dalších projektů a aktivit v ČR

V roce 1991 vznikla organizace Bílý kruh bezpečí poskytující všestranné služby osobám ohroženým domácím násilím. Uplatňuje jak strategie top down (snaha o opatření garantovaná státem), tak i bottom up (přímé služby pro oběti domácího násilí). K hlavním tématům projektů BKB patří informovanost laické i odborné veřejnosti, především pracovníky pomáhajících profesí, dále legislativní náměty, zprovoznění linky DONA, specializované výcviky poradců obětem, monitoring situace.⁴⁰⁹ K hlavní aktivitám Bílého

⁴⁰⁷ Ministerstvo vnitra ČR. Efektivní veřejná správa. [online]. ©2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/default.aspx>

⁴⁰⁸ Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. ©2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavani.html>

⁴⁰⁹ VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: 2004, s. 31.

kruhu bezpečí patří také spolupráce s lékaři a rozšiřování plakátů s informacemi o domácím násilí pro pacienty.

V roce 1993 vznikla organizace Rosa – centrum pro týrané a osamělé ženy. Rosa se jako první zabývala sociologickými výzkumy, které prokázaly, že v ČR je alarmující výskyt domácího násilí. Cílem Rosy je poskytnout komplexní odborné poradenství zdarma. Rosa provozuje informační a poradenské centrum, SOS krizový telefon a nabídku azylu. Rovněž se věnuje vzdělávání široké veřejnosti včetně vytváření manuálů pro lékaře.

Své projekty a možnosti pro oběti partnerského domácího násilí rozšiřuje také Česká katolická charita (projekt Magdala), Acorus, ProFem, organizace Gender studies aj.

Prevenici syndromu EAN se v ČR věnuje především organizace Život 90. Poskytuje širokou škálu služeb pro seniory, mezi nimi od roku 2003 Senior telefon. Jde o bezplatnou a nepřetržitou krizovou pomoc pro seniory a jejich blízké. V letech 2006-2007 probíhala v ČR kampaň Stop násilí na seniorech. V současné době existuje také mezinárodní portál k tématu týrání seniorů.⁴¹⁰

V letošním roce probíhá rozsáhlá kampaň Stop násilí na dětech, jejíž součástí je zřízení telefonní linky na oznamování dětské pornografie. Dlouhodobě aktivní je na poli řešení syndromu CAN např. Dětské krizové centrum v Praze.

9. 4 Aplikace principů lékařské etiky do kontextu domácího násilí

Porušení principu non-maleficence v kontextu domácího násilí by znamenalo např. situaci, kdy lékař se zraněnou osobou komunikuje bez respektu k důstojnosti nebo ji neinformuje o možnostech řešení situace (např. formou krátkého rozhovoru, doporučením specialistů nebo alespoň předáním informačního letáku). Zvláštní podobou porušení principu non-maleficence může být nevhodné nakládání s důvěrnými informacemi. Poněkud vágní formulace v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu znepřehledňuje situaci a může mít pro pacienta (pacientku) neblahé důsledky. V § 23 odst. 1 je totiž uvedeno, že je lékař povinen poučit nemocného, popřípadě členy jeho rodiny. Zákon zde bohužel opomíjí fakt, že členové rodiny mohou dostat stejné informace jako pacient pouze s jeho souhlasem, jak je uvedeno v dokumentech mající vyšší právní sílu.⁴¹¹ V praxi tak může dojít k pochybení a důvěrné informace se tak dozví člen rodiny – pachatel.

⁴¹⁰ The International Network for the Prevention of Elder Abuse [online]. ©2009, posl. aktualizace 1. 2. 2010, [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.inpea.net/home.html>.

⁴¹¹ Úmluva o lidských právech a biomedicině. [online]. ©2010, posl. aktualizace 1. 3. 2010 [cit. 10. 3. 2009]. Dostupné z: http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm.

Především v menších městech nebo v případě tzv. rodinných lékařů je toto riziko zvýšené. V současné době probíhají diskuse věnované novele zmíněného zákona a jeho legislativnímu upřesnění.

Princip non-maleficence může být u osob ohrožených domácím násilím především citlivou komunikací a nabídkou potřebných informací a kontaktů. Zdaleka ne každá oběť domácího násilí zná svá nezadatelná práva nebo si jich není vědoma vzhledem ke svému stavu. Lékař jako odborník prvního kontaktu může „oslabené osobě“ sdělit, že „nechat si ubližovat“ odporuje základním lidským právům. Může tak pacienta podpořit a motivovat jej k řešení. V případě dětských obětí je na místě ohlašovací povinnost.

V souvislosti s problémem domácího násilí tane na mysl otázka, nakolik má lékař právo zasahovat do soukromí a rodinného života pacienta. Argumentem pro tento zásah je skutečnost, že domácí násilí ve většině případů v soukromí nelze řešit. Tento argument byl právně kodifikován v zákoně č. 135/2006 Sb.⁴¹² a podpořen věstníky MZ.⁴¹³ Stěžejní věstníky vznikly v roce 2008, první z nich je věnován přístupu lékařů a syndromu CAN, druhý pak přístupu lékařů ke všem osobám ohroženým domácím násilím. Věstníky vznikly s cílem upozornit lékaře na závažné téma, při jehož řešení mohou být velmi nápomocní, a sjednotit postup lékařů. Důraz je kladen na důslednou anamnézu se zaměřením na okolnosti vzniku poranění, na základě stanovení diagnózy by pak měla být poskytnuta léčba obtíží, a to interdisciplinárně. Provedení dokumentace, předání kontaktů a nabídka kontrolních vyšetření by mělo být součástí lékařského postupu.

Domácí násilí je krizovou situací, která je charakteristická postupnou ztrátou autonomie (závislostí na pachateli, bezmocí, ztrátou psychických i fyzických sil). V tomto smyslu je na místě direktivnější jednání lékaře, avšak s vědomím skutečnosti, že konečné rozhodnutí zůstává na pacientce (pacientovi). V závažných případech však dominuje ohlašovací povinnost lékaře, která v taxativně uvedených případech prolamuje povinnou mlčenlivost.⁴¹⁴

Úloha lékaře v situaci, kdy je na jeho pacientovi pácháno domácí násilí, je přímo charakteristická střetem principu beneficence a autonomie. Jak uvádí J. Payne, dilema

⁴¹² Zákon 135/2006 Sb., na ochranu před domácím násilím. ©2007, *posl. úpravy 10. 2. 2010* [cit. 2. 3. 2010]. <http://www.domacinasili.cz/cz/redakce/statistiky/zakon-na-ochranu-pred-domacim-nasilim>.

⁴¹³ MZ ČR. Věstník 6/2008. [online]. ©2008, *posl. úpravy 10. 2. 2010* [cit. 2. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/833-vestnik-62008.html>.
MZ ČR. Věstník 3/2008. [online]. ©2008, *posl. úpravy 10. 2. 2010* [cit. 2. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/617-vestnik-32008.html>.

⁴¹⁴ Trestní zákon [online]. ©2010, pos. aktualizace 21. 1. 2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s10&q10=all>.

nelze řešit žádným obecným pravidlem ani precedentem. Východiskem by zde bylo, pokud by byl lékař obdařen frónésis a schopností vztahovat své mínění k dobru.⁴¹⁵

Z právního i etického hlediska je lékař zodpovědný za zdraví pacienta. Pokud je pacient ve stavu, kdy není schopen chránit své zdraví (opakovaně, se sílící tendencí je narušována jeho lidská důstojnost), je na místě zasáhnout v zájmu znovunavrácení této důstojnosti posílení autonomie daného jedince.

9.5 Shrnutí – doporučení pro lékaře

Světová zdravotnická organizace deklarovala, že postoje a jednání zdravotníků vůči osobám ohroženým domácím násilím je důležitým vlivem na snižování tolerance násilí. Formulovala doporučený přístup lékaře k dětské oběti domácího násilí, k prioritám patří:⁴¹⁶

- respektování definice a forem domácího násilí lékaři všech specializací a všemi spolupracujícími odborníky
- znalost identifikačních znaků domácího násilí a jejich zápis do dokumentace
- ohlašovací povinnost, zajištění krizové pomoci
- povinné vzdělávání

Zcela konkrétní manuály, postupy a vzory jsou pro lékaře i jiné pomáhající pracovníky k dispozici na internetových stránkách Bílého kruhu bezpečí a Rosy.

Z předchozích kapitol je evidentní, že společnost reaguje na zvýšenou poptávku po řešení domácího násilí a snaží se napomáhat širokou škálou legislativních možností a nabídkou specializovaných sociálních služeb. Vznik mnoha dokumentů a metodických pokynů je pozitivním vyústěním mnohaleté snahy organizací (především neziskových) získat podporu státu a vytvořit maximum možností pro zlepšení situace ohrožených osob. Toto vše je velmi pozitivní, nicméně žádný dokument pravděpodobně nezpůsobí změnu myšlení, která je u takto mytizovaného problému nutná. Ani pouhá formulace základních principů lékařské etiky nezaručí skutečně eticky korektní vztah mezi pacientem a lékařem, jakkoli jsou tyto principy cestou k profesionalitě.

⁴¹⁵ PAYNE, J. *Odkud zlo? O nezkrotnosti čili slabosti lidské vůle*. Praha: 2005. s. 190.

⁴¹⁶ World Health Organization. Landmark study on domestic violence. [online]. ©2010, poslední aktualizace 19. 1. 2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/>.

10. Šetření interdisciplinární spolupráce praktických lékařů a jejich informovanosti o možnostech pomoci v krizi

V předchozích kapitolách byl předložen text, v němž jsem se snažila věnovat zdůvodnění předložené these. Na dokreslení textu uvádím výsledky šetření, které se týká vzdělávání praktických lékařů v ČR v otázkách domácího násilí a jejich interdisciplinární spolupráce.⁴¹⁷ Jsem si vědoma toho, že vzorek respondentů je velmi malý, výsledky verifikují platnost hypotézy pouze omezeně a nedovolují tuto empirickou zkušenost zobecnit. Hlavním cílem je na základě zjištěných dat formulovat potenciální klady a rizika vzhledem k realizovatelnosti these.

Komunikace, která byla prostřednictvím dotazníků navázána, poskytla množství cenných informací a postřehů ze strany praktických lékařů. Součástí provedeného šetření je komparace se vzorkem pracovníků krizové intervence u vybraných otázek.

10.1 Vymezení problémů šetření a hypotézy

Pracují dotazovaní praktičtí lékaři interdisciplinárně? Nakolik interdisciplinárně komunikují ve srovnání se zástupci jiné pomáhající profese?

Odpovídá informovanost dotazovaných praktických lékařů v otázkách domácího násilí požadavkům na základní pomoc?

Účastní se dotazovaní supervize?

Jaká rizika mohou existovat v situaci, kdy se lékař setkává s obětí domácího násilí?

Jaké další zkušenosti mají dotazovaní vzhledem k holistické péči o pacienty?

Hypotéza č. 1

Více než 80% praktických lékařů odpoví, že se svými pacienty zásadně nebo často hovoří o jejich psychosociální situaci, ale více než 50% zároveň uvede, že se jedná o velmi krátký rozhovor nebo na něj nezbyvá čas vůbec.

⁴¹⁷ Grantový projekt 421/2004 (GAUK) – Edukace lékaře jako reakce na vzrůstající psychosociální problémy, hlavní řešitelka: Mgr. T. Cimrmannová, spoluřešitelé: Prof. PhDr. B. Krahulcová, CSc., Doc. ThDr. V. Ventura, Th.D., realizováno na HTF UK, katedře psychosociálních věd a etiky v letech 2004–2007, provedený průzkum byl pouze dílčím cílem projektu.

Hypotéza č. 2:

Pražští lékaři interdisciplinárně spolupracují v rámci řešení psychosociálních problémů pacienta častěji (odpovědi „velice často“, „často“) nežli lékaři z ostatních měst.

Hypotéza č. 3:

Rozdíl mezi počtem pražských a mimopražských lékařů, kterým se dostaly do rukou informační materiály nebo literatura o domácím násilí, bude vyšší než 20% (ve prospěch pražských lékařů).

Hypotéza č. 4:

Pracovníci krizové intervence se účastní pravidelné supervize nejméně o 50% častěji než praktičtí lékaři.

10.2 Cíle a úkoly šetření

1. Zjistit a analyzovat informovanost respondentů v otázkách rizikových psychosociálních jevů, které je možno rozpoznat v lékařské ordinaci.
2. Zjistit míru mezioborové spolupráce (komunikace) dotazovaných.
3. Zjistit, nakolik se respondenti účastní dalšího vzdělávání v oblasti psychosociálních (etických, legislativních) problémů, které souvisí se zdravím pacienta.
4. Zjistit míru využívání odborné supervize respondentů, respektive tendenci pečovat o své zdraví v náročných pracovních podmínkách.
5. Zjistit motivaci praktických lékařů k výkonu své profese a porovnat ji s motivací jiných pomáhajících.
6. Formulovat potenciální klady a překážky (rizika) realizovatelnosti předložené these.

10.3 Metody šetření

Základní metodou sběru dat byla metoda dotazníková. Formulář dotazníku obsahuje různé typy otázek (uzavřené, polootevřené, otevřené) a škál. Vzory dotazníků uvádím v přílohách č. 1 a 2 této práce. V komentářích je uplatňována empirická konstitutivní, v případě rizik pak korektivní metoda, pozorování a hermeneutický výklad. Zjištěná data uvedená v tabulkách a grafech byla kvantitativně zpracována, stěžejní však zůstává jejich kvalitativní analýza a interpretace.

10.4 Metodika šetření

Šetření bylo realizováno v letech 2006–2007. Sběr dat probíhal od listopadu 2006 do srpna 2007 v Praze, dále pak ve městech s nejvyšším počtem obyvatel 100 000 (především v oblasti Podkrkonoší – Jičín, Nová Paka, Hořice). Dotazníky byly zasílány v tištěné podobě poštou, každý adresát obdržel oceněnou obálku se zpáteční adresou. Přibližně třetina dotazníků byla distribuována osobně. Hlavní cílovou skupinou byli praktičtí lékaři, za účelem porovnání vybraných jevů jsem oslovila také pracovníky krizové intervence.

Vzhledem k orientačnímu charakteru šetření jsem respondenty vybírala náhodně, dělila jsem je dle uvedených charakteristik (kap.11.5). Návratnost dotazníků je 33,3% (50 ze 150 rozeslaných) u praktických lékařů a 39,3% u pracovníků krizové intervence (59 ze 150 rozeslaných).

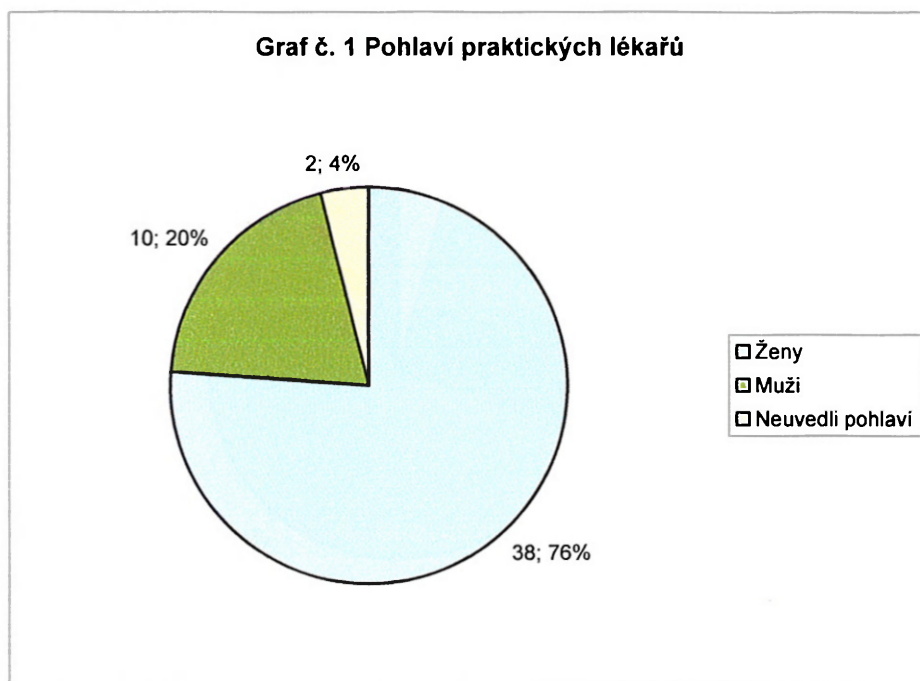
Zpracování základních dat probíhalo od října 2007 do ledna 2008. Vybraná data byla podrobněji zpracována v dubna až říjnu 2009.

10.5 Výsledky šetření a jejich interpretace I. – charakteristika vzorku praktických lékařů

Ve výsledcích jsou zahrnuty odpovědi na 18 otázek 50 praktických lékařů. Jako srovnávací skupinu jsem zvolila pracovníky krizové intervence, od nich se mi dostalo padesát devět vyplněných dotazníků. V následujících tabulkách uvádím podrobnější charakteristiku respondentů.

Tab. č. 1 Pohlaví praktických lékařů

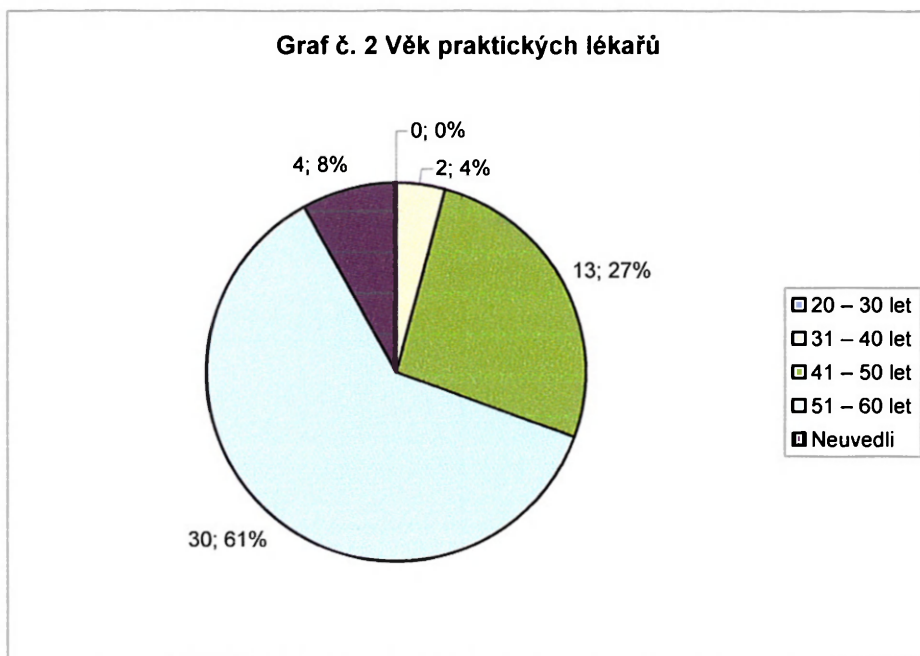
Pohlaví - lékaři	Počet	%
Ženy	38	76
Muži	10	20
Neuvedli	2	4
Celkem	50	100



Na základě údajů uvedených v tabulce by se mohlo zdát, že praktické lékařství je feminizovaný obor. Možná, že vysoký počet žen, které vyplnily dotazník, souvisí s jejich ochotou komunikovat. Dalším důvodem může být jakási genderová solidarita pramenící ze skutečnosti, že průzkum provádí žena.

Tab. č.2 Věk praktických lékařů

Věk - lékaři	Počet	%
20 – 30 let	0	0,0
31 – 40 let	2	4,0
41 – 50 let	13	26,0
51 – 60 let	30	60,0
Neuvedli	4	8,0
Celkem	50	100,0

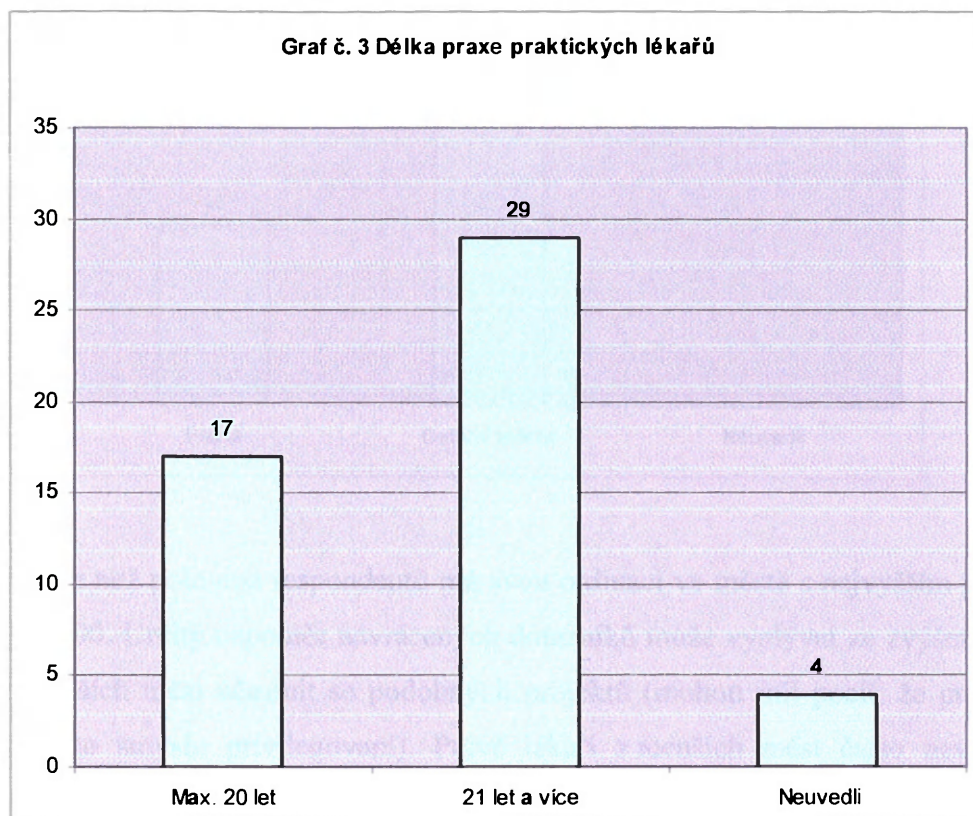


Průměrný věk respondentů činí 53 let, podobně jako průměrný věk praktických lékařů v ČR. Není náhodou, že se mezi respondenty téměř neobjevují praktičtí lékaři – čerství absolventi lékařských fakult nebo lékaři ve věku do 40 let. Absolventi lékařských fakult nemohou do praxe nastoupit hned, českou legislativou je jim uložena povinnost následného vzdělávání za účelem nabytí specializovaných zkušeností. Tím však docházelo k jakémusi moratoriu počtu praktických lékařů. Ze strany Ministerstva zdravotnictví byla v roce 2008 patrná snaha změnit tuto situaci, financovat některé vzdělávací projekty z evropských fondů a motivovat odborníky pracovat v českém zdravotnictví. I přesto je praktických lékařů nedostatek, lze očekávat spíše pozvolné zlepšení tohoto stavu.

Skutečnosti vyplývající z vyššího průměrného věku praktických lékařů v ČR souvisí s individuálním přístupem každého lékaře. Za podmínky, že se lékař celoživotně vzdělává, lze vyšší věk považovat za známku erudice a zkušeností. V opačném případě je zde riziko neodborného, rutinního jednání, které může mít za následek psychogenní iatropatogenezi.

Tab. č. 3 Délka praxe praktických lékařů

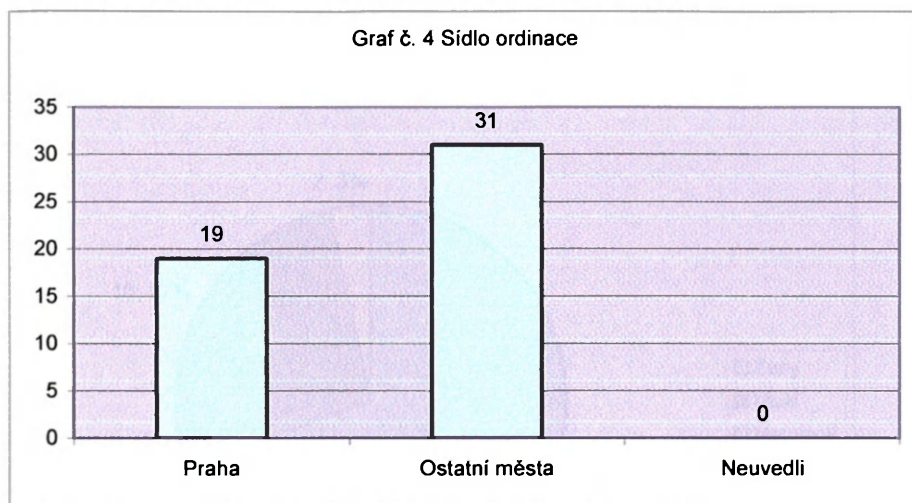
Délka praxe - lékaři	Počet	%
Max. 20 let	17	34
21 let a více	29	58
Neuvedli	4	8
Celkem	50	100,0



Průměrná délka praxe dotazovaných je 23 let, pouze 9 lékařů absolvovalo méně než 15 let praxe. Tento fakt úzce souvisí s tabulkou 2.5.2, podobně jako výhody a rizika. V souvislosti s délkou praxe hodnotím jako hrozbu hlavně syndrom vyhoření nebo některou z jeho předchozích fází (stagnace, frustrace, apatie), v níž lze pobývat i několik let.

Tab. č. 4 Sídlo ordinace

Sídlo - lékaři	Počet	%
Praha	19	38,0
Ostatní města	31	62,0
Neuvedli	0	0,0
Celkem	50	100,0



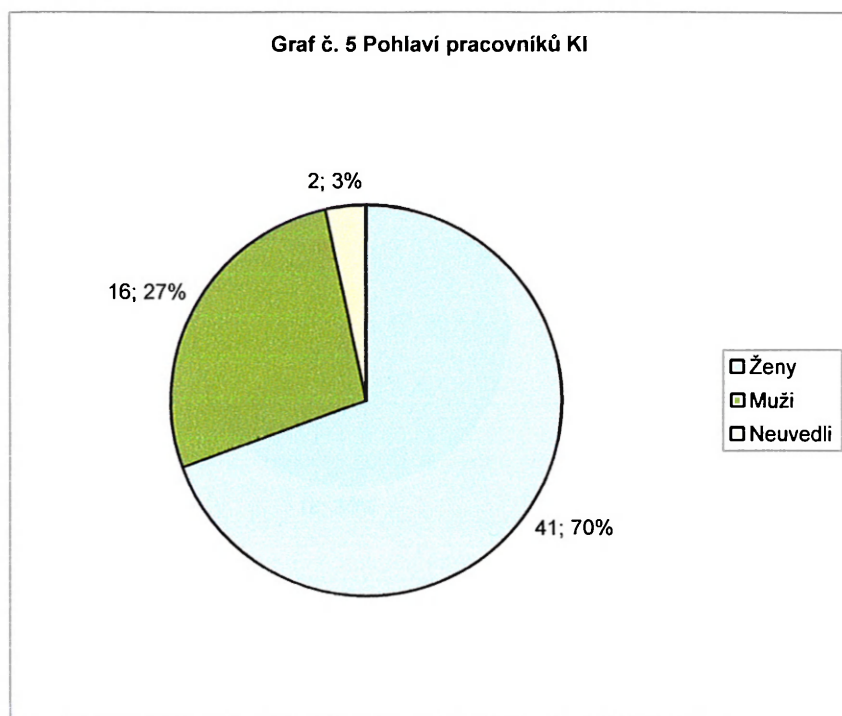
Více než polovina respondentů má svou ordinaci ve městě s nejvyšším počtem obyvatel 100 000. Určitý nepoměr navrácených dotazníků může vyplývat ze zvýšené ochoty lékařů z menších měst účastnit se podobných projektů (mohou mít pocit, že pražští lékaři jsou v tomto smyslu privilegovaní). Právě lékaři z menších měst často neváhali dotazníku věnovat čas a podrobně vyplňovat odpovědi na otevřené otázky. Někteří lékaři pokročilejšího věku psali text na mechanickém psacím stroji, na svých odpovědích si dávali záležet. Možná, že kdyby se podobných průzkumů účastnili častěji, pečlivé vyplnění by pro ně nebylo samozřejmou záležitostí.

Rizikem vzhledem k sídlu pracoviště může být nízká dostupnost nabídky dalšího vzdělávání v podobě kurzů, seminářů a konferencí.

10.6 Výsledky šetření a jejich interpretace II. – charakteristika vzorku pracovníků KI

Tab. č. 5 Pohlaví pracovníků KI

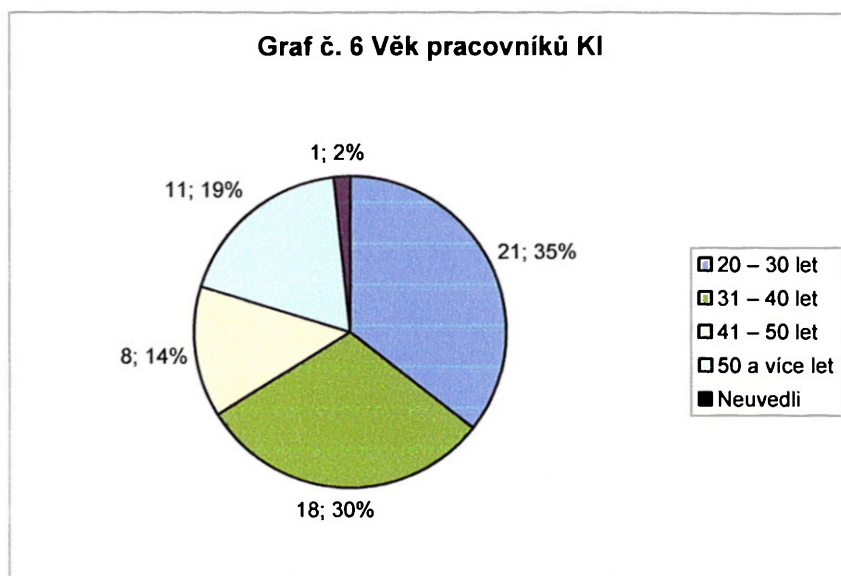
Pohlaví - KI	Počet	%
Ženy	41	69,5
Muži	16	27,1
Neuvedli	2	3,4
Celkem	59	100,0



Pomáhající profese obecně jsou považovány za feminizovaný obor. Vyšší účast žen v tomto šetření je však zapříčiněna spíše jejich ochotou komunikovat, případně genderovou solidaritou.

Tab. č. 6 Věk pracovníků KI

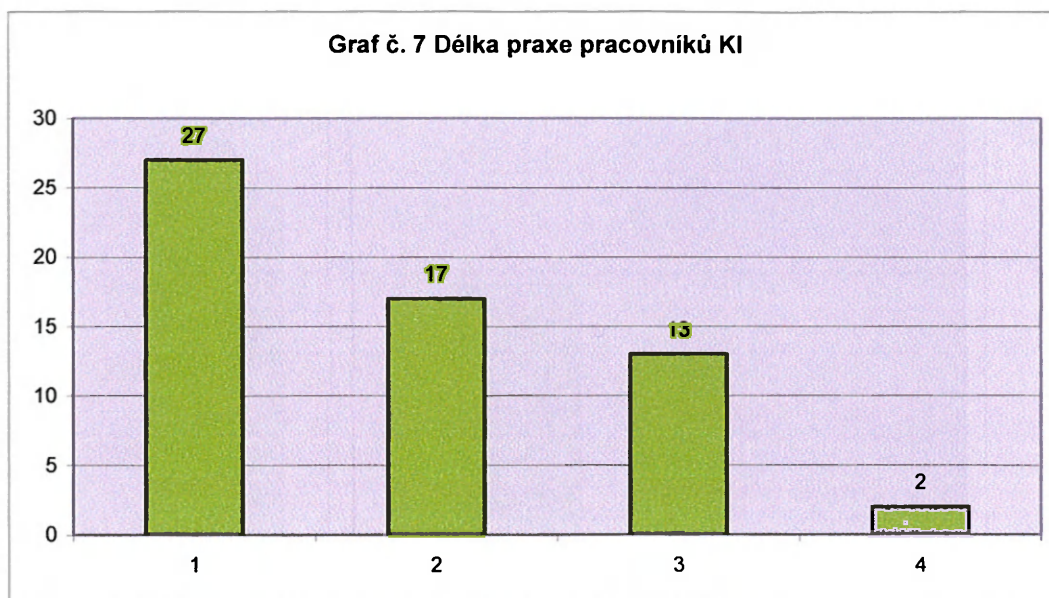
Věk – KI	Počet	%
20 – 30 let	21	35,6
31 – 40 let	18	30,5
41 – 50 let	8	13,6
50 a více let	11	18,6
Neuvedli	1	1,7
Celkem	59	100,0



Průměrný věk respondentů je 37 let. Absolventi tzv. nelékařských oborů mají výhodu v tom, že vstupují na pracovní trh bezprostředně po ukončení studia, často i v jeho průběhu. Kurz krizové intervence lze absolvovat nepoměrně rychleji nežli studium lékařství, předchozí vysokoškolské vzdělání zde není podmínkou. Absolventi akreditovaného kurzu komplexní krizové intervence se účastní 248 vyučovacích hodin, 40 hodin odborné praxe a 28 hodin evaluace. Lze však absolvovat i základní kurz krizové intervence, který trvá 51 vyučovacích hodin. Existují i další formy vzdělání, např. kurzy víkendové nebo nácvikové semináře v rámci studia v oblasti terciárního vzdělávání. Konkrétní požadavky na pracovníka krizové intervence vyplývají z požadavků konkrétních pracovišť a ze zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Tab. č. 7 Délka praxe pracovníků KI

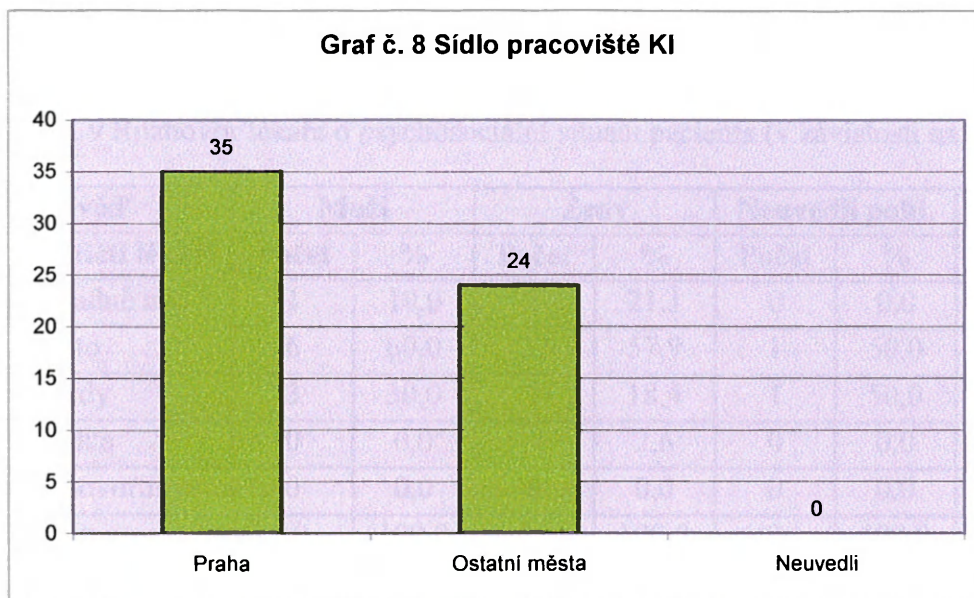
Délka praxe – KI	Počet	%
1-3 let	27	45,8
4-9 let	17	28,8
10 a více let	13	22
Neuvedli	2	3,4
Celkem	59	100,0



Průměrná délka praxe pracovníků krizové intervence je 8 let. Tato skutečnost souvisí s průměrným nízkým věkem dotazovaných. Práce v krizových centrech nebo na jiných emočně náročných pracovištích vyžaduje změnu pracovní pozice (ideálně změnu pracoviště) přibližně jednou za 5 let. Díky pravidelné supervizi a prvopočáteční péči o duševní zdraví a sebepoznání však krizoví pracovníci v České republice zpravidla znají své hranice a dokáží opustit svou pozici dříve, než začnou poškozovat své klienty. Je zde možnost volit z poměrně široké škály pracovišť a orientovat se na jinou cílovou skupinu. Především lékaři z menších měst tyto možnosti bohužel nemají.

Tab. č. 8 Sídlo pracoviště KI

Sídlo – KI	Počet	%
Praha	35	59,3
Ostatní města	24	40,7
Neuvedli	0	0,0
Celkem	59	100,0



Vyšší počet respondentů z Prahy může souviset s faktem, že se v Praze nachází velké množství pracovišť, kde je poskytována krizová intervence. V těchto zařízeních, státních i neziskových, většinou pracuje početnější tým, nežli je tomu v ostatních městech, kde jsou umístěny spíše menší pobočky krajských měst. Ačkoli jsem se snažila získat vyrovnaný počet z obou lokalit, tato snaha se částečně minula účinkem, neboť krizových nebo jiných nízkoprahových center je v menších městech poskrovnu.

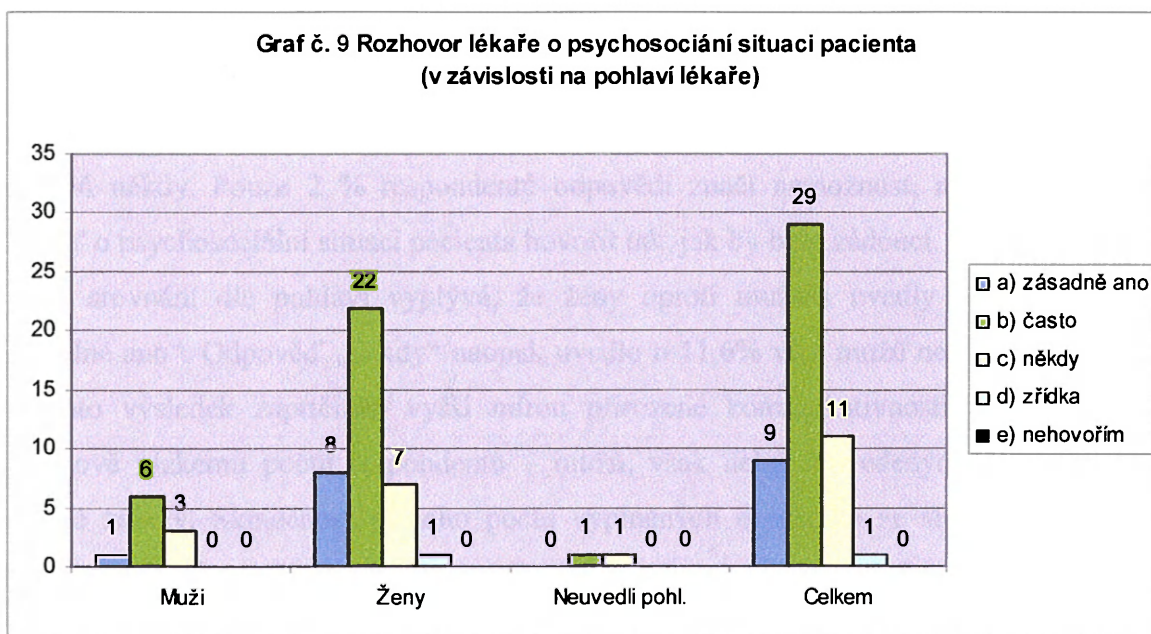
10.7 Výsledky šetření a jejich interpretace III. – odpovědi respondentů

V následujících tabulkách a grafech jsou uvedeny výsledky šetření doplněné komentářem. Předkládám hlavně výsledky vzorku praktických lékařů, případně porovnání výsledků dle zvolených kritérií (pohlaví, délka praxe apod.). Dané kritérium je v tabulce označeno tučně. Výsledky srovnávacího vzorku krizových pracovníků uvádím pouze tam, kde je srovnání zajímavé vzhledem k tématu práce. Formulace odpovědí přímo v tabulkách jsou v nutném případě kráceny, z prostorových důvodů je upravuji tak, aby jejich smysl zůstal zachován. Úvodní formulace otázky je identická s formulací v dotazníku. Kritériem pro výběr typu prezentace (tabulka, graf, text) je přehlednost zjištěných výsledků.

1. Hovoříte v rámci řešení zdravotní situace pacienta o jeho situaci psychosociální?

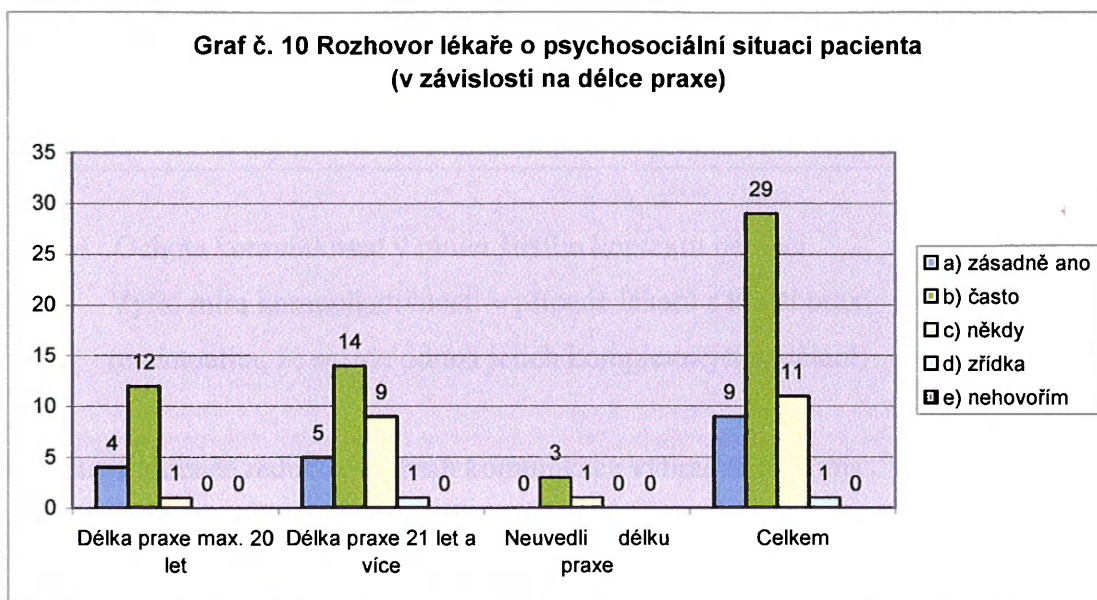
Tab. č. 9 Rozhovor lékaře o psychosociální situaci pacienta (v závislosti na pohlaví lékaře)

Odpověď	Muži		Ženy		Neuvedli pohl.		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) zásadně ano	1	10,0	8	21,1	0	0,0	9	18,0
b) často	6	60,0	22	57,9	1	50,0	29	58,0
c) někdy	3	30,0	7	18,4	1	50,0	11	22,0
d) zřídka	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	2,0
e) nehovořím	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	10	100,0	38	100,0	2	100,0	50	100,0



Tab. č. 10 Rozhovor lékaře o psychosociální situaci pacienta (v závislosti na délce praxe)

Odpověď praktičtí lékaři	Délka praxe max. 20 let		Délka praxe 21 let a více		Neuvedli délku praxe		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) zásadně ano	4	23,5	5	17,2	0	0,0	9	18,0
b) často	12	70,6	14	48,3	3	75,0	29	58,0
c) někdy	1	5,9	9	31,1	1	25,0	11	22,0
d) zřídka	0	0,0	1	3,4	0	0,0	1	2,0
e) nehovořím	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	17	100,0	29	100,0	4	100,0	50	100,0



Jak vyplývá z tabulek, více než polovina praktických lékařů často hovoří se svými pacienty o jejich psychosociální situaci. Téměř pětina o ní hovoří zásadně a více než pětina alespoň někdy. Pouze 2 % respondentů odpovědi značí nemožnost, neschopnost nebo nechut' o psychosociální situaci pacienta hovořit tak, jak by bylo žádoucí.

Ze srovnání dle pohlaví vyplývá, že ženy oproti mužům uvedly o 11,1% častěji „zásadně ano“. Odpověď „někdy“ naopak uvedlo o 11,6% více mužů než žen. Možná, že je tento výsledek zapříčiněn vyšší mírou přirozené komunikativnosti žen. Vzhledem k celkově nízkému počtu respondentů – mužů, však nelze z uvedených dat vyvozovat obecné závěry. Skutečnost nízkého počtu vyplněných dotazníků ze strany mužů může svědčit o jejich nižší ochotě komunikovat o věcech mimo lékařskou ordinaci, což pokládám za pochopitelné.

Dotazovaní lékaři s maximální délkou praxe 20 let hovoří s pacienty mnohem častěji o jejich psychosociální situaci než lékaři s délkou praxe vyšší než 20 let. Příčinou toho může být např. kvalitnější vzdělání mladších lékařů v oblasti komplexní péče o člověka nebo skutečnost, že mladší lékaři častěji pracují ve větších městech, kde je mnohem přístupnější odborné vzdělávání. Dalším důvodem může být větší pracovní nadšení a zájem o pacienta u těch, kteří ve svém oboru pracují méně než 20 let. Tento důvod však nepovažuji za stěžejní. Domnívám se, že právě vyšší délka praxe, respektive dlouholetá zkušenost, zvyšuje erudici mnohých pomáhajících. Na základě vlastního pozorování ale usuzuji, že především v menších městech zastávají vysoce odborná lékařská povolání lidé, jejichž kvalifikace je poněkud zastaralá. Např. pokud se v malém městě nebo na venkově potýká jedinec s duševními problémy, bývá jeho výběr kvalitní pomoci omezen. V případě,

že tento jedinec nebo rodina nenalezne sílu se neodborné pomoci vzepřít, kvalita jeho života se často nevratně snižuje. V některých případech je volena pouze cesta silné medikace bez jakýchkoli dalších alternativ.

Klady: Ochota komunikovat v rámci širšího kontextu nemoci.

Vyšší míra komunikativnosti v případě lékařů s kratší praxí
(eventualita, že se zde odráží jejich komplexnější vzdělání)

Rizika: Tendence redukovat obsah komunikace výhradně na sóma

Neznalost zásad efektivní komunikace

Nízká odbornost u specifických témat – nemožnost základního poradenství

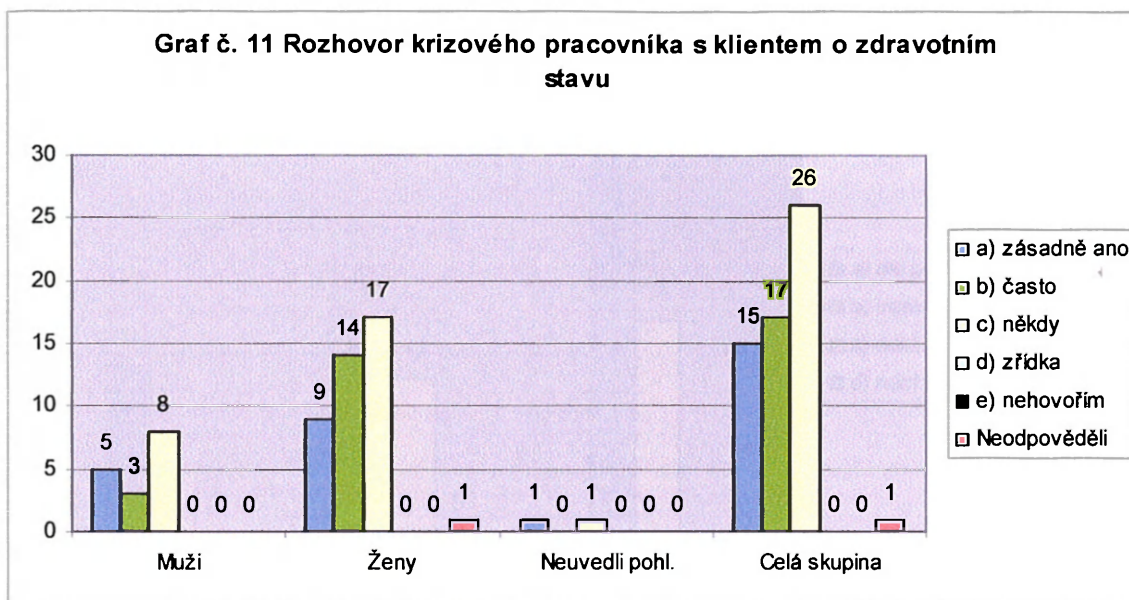
Zastaralé vzdělání, nízká tendence k dalšímu vzdělávání, např.
z časových důvodů

Řešení krizových situací pouze léčivý, např. antidepresivy

1. Hovoříte v rámci řešení krizové situace člověka o jeho zdravotním stavu?

Tab. č. 11 Rozhovor krizového pracovníka s klientem o zdravotním stavu

Odpověď krizový pracovník	Muži		Ženy		Neuvedli pohl.		Celá skupina	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) zásadně ano	5	31,2	9	22,0	1	50,0	15	25,4
b) často	3	18,8	14	34,1	0	0,0	17	28,8
c) někdy	8	50,0	17	41,5	1	50,0	26	44,1
d) zřídka	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
e) nehovořím	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neodpověděli	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	1,7
Celkem	16	100,0	41	100,0	2	100,0	59	100,0

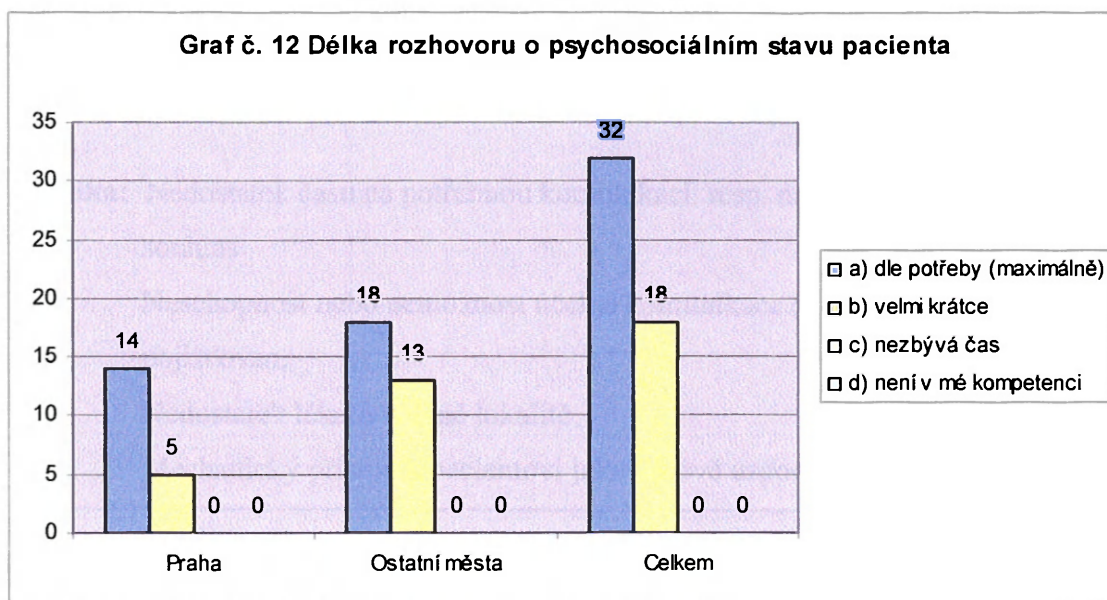


Zdraví je přední hodnotou české populace, ochrana zdraví je jedním z hlavních témat naší legislativy. Proto se nelze divit, že většina pracovníků krizové intervence hovoří s klientem o jeho zdravotním stavu, přestože to není primárním cílem. Jedním z úvodních bodů krizové intervence je zajištění fyziologických potřeb, které se zdravím přímo souvisí. Nabízí se otázka, zda by se studenti lékařských oborů neměli vzdělávat v psychosociálních otázkách v podobné míře, jako se studenti ostatních pomáhajících oborů povinně vzdělávají v somaticky zaměřených otázkách. Je pochopitelné, že v osnovách lékařských fakult by již na podobné počiny nebylo místo. Jako řešení z nepraktičtějších zde vyvstává práce v mezioborových týmech. Rozpoznat příznaky domácího násilí a umět vést citlivý rozhovor na toto téma by však mělo patřit k obecným dovednostem praktického lékaře.

2. Jak dlouho tento rozhovor obvykle trvá?

Tab. č. 12 Délka rozhovoru o psychosociálním stavu pacienta

Odpověď praktičtí lékaři	Praha		Ostatní města		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) dle potřeby (maximálně)	14	73,7	18	58,1	32	64,0
b) velmi krátce	5	26,3	13	41,9	18	36,0
c) nezbývá čas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
d) není v mé kompetenci	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	19	100,0	31	100,0	50	100,0



Cílem této otázky nebylo kvantifikovat délku rozhovorů s pacienty, ale zjistit, kolik lékařů otevřeně uvede, že tyto problémy nespádají do jejich ordinace. Vysoký počet kladných odpovědí na variantu a) vyvolává otázku po věrohodnosti a skutečném obsahu pojmu „dle potřeby“ a „maximálně“. Pokud by byly tyto odpovědi shodné s realitou v celé populaci, byly by důkazem toho, že ani přetíženost neznemožňuje schopným praktickým lékařům kvalitní komunikaci s pacientem.

Většina praktických lékařů uvedla, že se snaží pacientovi maximálně věnovat. Více než třetina však přiznává, že se v daných podmínkách jedná o velmi krátký rozhovor. Předmětem dalšího výzkumu by se mohlo stát objasňování těchto konkrétních nepříznivých podmínek v českém zdravotnictví. Často se hovoří především o striktním, na výkon zaměřeném bodovém systému pojišťoven. Ani jeden lékař však neuvedl, že mu na podobný rozhovor nezbývá čas nebo že není v jeho kompetenci.

Jako zajímavý výsledek hodnotím skutečnost, že se pražští respondenti věnují psychosociální situaci pacienta „dle potřeby“ o 15,6 % častěji než lékaři z ostatních měst. Obecně se traduje, že návštěva lékaře v Praze stojí pacienta nezanedbatelnou část dne. Je to proto, že se lékař komplexně věnuje pacientovi uvnitř ordinace a nemůže tak vyšetřovat rychleji?

Domnívám se, že lékaři ochotní vyplnit tento rozsáhlý dotazník jsou právě ti, kteří spíše věnují dostatek času a zájmu svým pacientům. Teoreticky se však může jednat o velmi mizivé procento z celé populace.

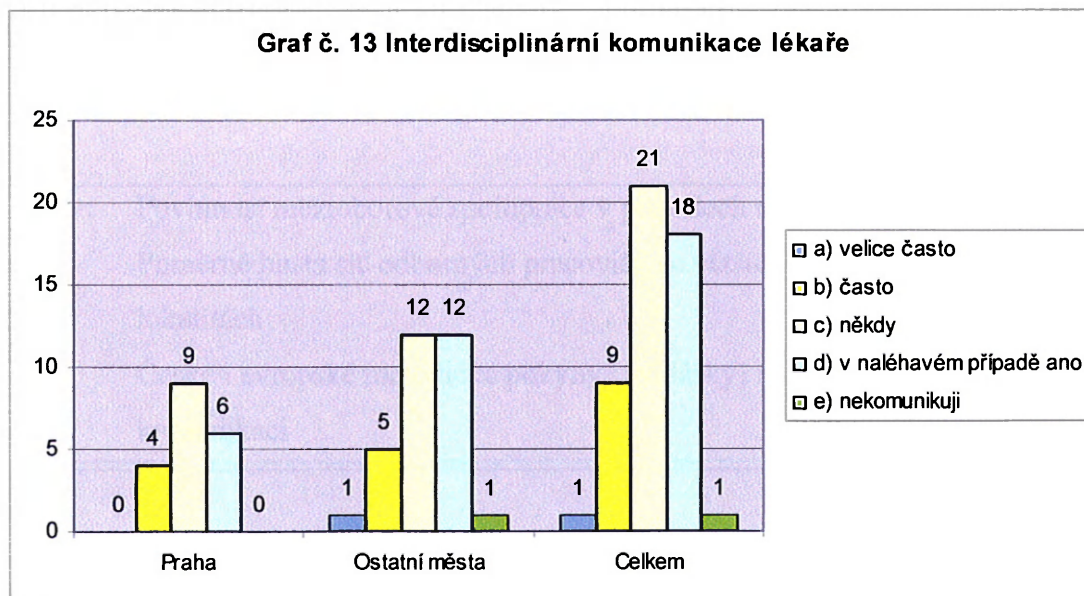
Klady: Snaha komunikovat o zdraví pacienta v kontextu
Snaha vyšetřit na čas na rozhovor, pokud je to třeba

Rizika: Nedostatek času na potřebnou komunikaci, resp. na plný informovaný
souhlas
Neschopnost nebo nemožnost účelné komunikace (limity ze strany
pojišťoven,
Nedostatek lékařů v dané lokalitě
Mechanický přístup k pacientovi jako časově úspornější varianta

3. Komunikujete v rámci řešení pacientova psychosociálního problému s pomáhajícími odlišných oborů ?

Tab. č. 13 Interdisciplinární komunikace lékařů

Odpověď praktičtí lékaři	Praha		Ostatní města		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) velice často	0	0,0	1	3,2	1	2
b) často	4	21,1	5	16,2	9	18
c) někdy	9	47,3	12	38,7	21	42
d) v naléhavém případě ano	6	31,6	12	38,7	18	36
e) nekomunikuji	0	0,0	1	3,2	1	2
Celkem	19	100,0	31	100,0	50	100,0



Pouze jediný mimopražský respondent komunikuje v případě psychosociálního problému pacienta velmi často s pomáhajícími odlišných oborů, celkově častěji takto komunikují respondenti pražští. Jednou z příčin může být skutečnost, že v menších městech jednoduše není s kým komunikovat. Bývá zde nesrovnatelně obtížnější nalézt např. erudovaného psychologa, psychoterapeuta nebo krizového pracovníka a vytvářet mezioborové týmy. Na základě vlastního pozorování usuzují, že kvalita a intenzita komunikace praktického lékaře se sociálním pracovníkem probíhá převážně v situacích nařízených zákonem. Pokud se přímo nejedná o ohlašovací povinnost např. v případě dítěte do osmnácti let, je tato spolupráce dobrovolná. Lze předpokládat, že pokud se sociální pracovník setká se zraněným nebo nemocným člověkem, posílá jej k lékaři. Pokud však lékař ošetřuje pacienta a nepátrá přitom po příčinách jeho zranění nebo dlouhotrvající choroby, zřídka bude navázána kontinuální spolupráce mimo rámec medicíny.

S větší intenzitou navštěvují ordinaci lékaře rodiče, jimž se narodí dítě s handicapem nebo s vážnou nemocí. S touto situací mohou souviset zdravotní i psychosociální těžkosti celé rodiny. Pro tento případ u nás velmi dobře fungují poradny rané péče, jejichž služby (často terénní) bývají poskytovány zdarma. Na základě zkušeností kolegů pracujících v těchto poradnách se objevují kasuistiky, v nichž se někteří praktiční lékaři spolupráci s poradnou rané péče přímo brání. Dokonce se stává, že poradně zapírají své pacienty, kteří by mohli této službě využít. Z komunikace některých lékařů je bohužel patrné, že podobnou spolupráci nechťejí navazovat z důvodů své nedůvěry v jakoukoli jinou péči, nežli výhradně lékařskou.

Zatímco v zahraničí je běžné, že lékaři pracují v týmech složených z pracovníků uvedených v otázce č. 4, u nás tyto týmy vznikají spíše živelně, většinou bez jednotné organizace a kontroly. V budoucnu lze očekávat vyšší důraz na vytváření stabilnějších mezioborových týmů i v ČR.

Klady:	Povinnost mezioborové spolupráce v případech nařízených zákonem
	Poměrně hustá síť odborných pracovišť ve větších městech a vybraných lokalitách
	České i evropské metodické pokyny (vyhlášky) motivující k mezioborové komunikaci

Rizika: Mezioborová komunikace lékařů pouze na bázi dobrovolnosti i ve velmi závažných situacích

Nevzdělanost, neinformovanost lékařů

Nedostatečná síť odborných pracovišť v některých lokalitách

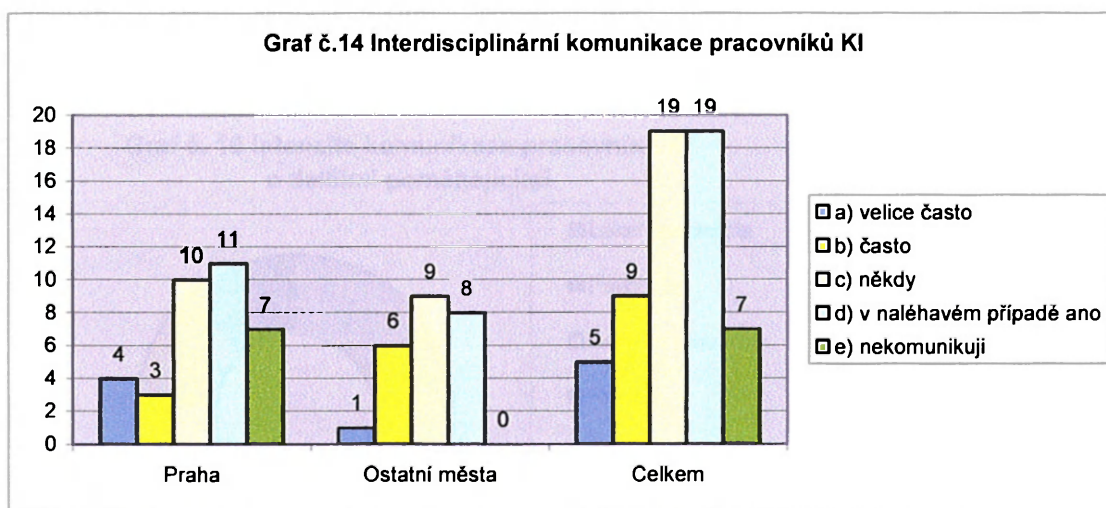
Stigmatizace při využívání některých odborných služeb (psychologických, psychiatrických, sociálních)

Odmítání mezioborové komunikace ze strany lékaře – nedůvěra v jiné než lékařské péče

3. Komunikujete v rámci řešení krizového stavu klienta s pomáhajícími dalšími oborů ?

Tab. č. 14 Interdisciplinární komunikace pracovníků KI

Odpověď pracovníci KI	Praha		Ostatní města		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) velice často	4	11,4	1	4,2	5	8,5
b) často	3	8,6	6	25,0	9	15,2
c) někdy	10	28,6	9	37,5	19	32,2
d) v naléhavém případě ano	11	31,4	8	33,3	19	32,2
e) nekomunikuji	7	20,0	0	0,0	7	11,9
Celkem	35	100,0	24	100,0	59	100,0



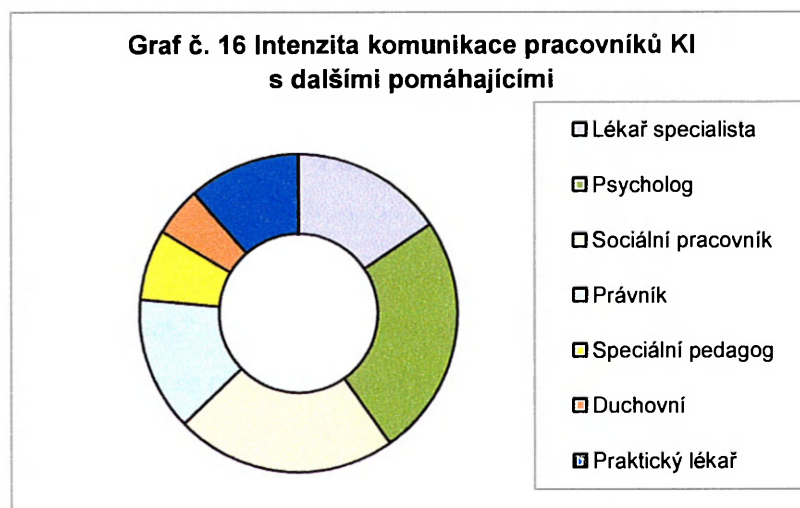
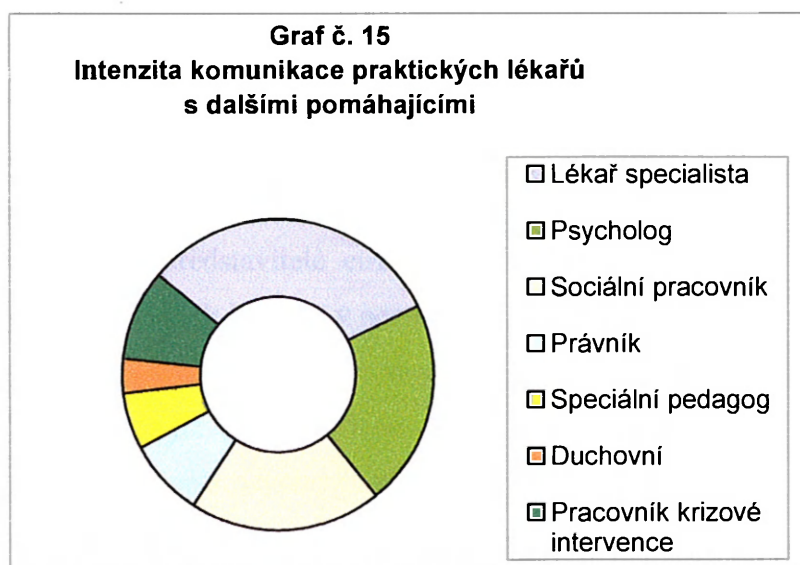
Z tabulky je patrné, že ani dotazovaní pracovníci krizové intervence nekomunikují s jinými odborníky ve všech případech a podobně jako lékaři hodnotí nutnost této

komunikace dle situace. Interdisciplinární týmy nejsou v České republice běžnou součástí odborné pomoci, spíše se zde využívá kolegiální spolupráce napříč specializovanými zařízeními.

Průzkum však potvrdil poměrně známou skutečnost a privilegované postavení jedné z cílových skupin. Všechny dostupných prostředků pomoci, tedy i interdisciplinární spolupráce, se užívá především v případě pomoci dětem. Mezi jasné důvody patří významně pedocentrické zaměření společnosti a v neposlední řadě i platná legislativa.

4. Jak často komunikujete s pracovníky následujících profesí?

Pozn.: Z důvodů lepší přehlednosti u této otázky vynechávám tabulky a uvádím pouze grafy.



Předložené grafy znázorňují intenzitu mezioborové spolupráce respondentů z řad praktických lékařů i pracovníků krizové intervence. Mohou být dokladem toho, že tato spolupráce v České republice probíhá. Skutečnou frekvenci a obsah této spolupráce průzkum jistě neodhalí, tyto podněty by se mohly stát předmětem dalšího zkoumání. V souvislosti s některými požadavky Evropské unie by byl podobný výzkum více než aktuální. Zjišťována byla mezioborová komunikace obecně, čímž dochází ke zkreslení vzhledem k tématu této práce. Dalo by se předpokládat, že kdyby byla otázka směřována na situaci domácího násilí, odpovědi by se lišily – paradoxně by vypovídaly o nižší míře spolupráce se specialisty. Jak dokládají další výsledky průzkumu, lékaři mají za to, že se s obětmi domácího násilí téměř nesetkávají.

Za překvapivě pozitivní zjištění pokládám frekvenci komunikace dotazovaných s psychology a sociálními pracovníky. Opět však musíme vzít v úvahu, že dotazník vyplnili spíše komunikativní, otevření lékaři a procento u celé populace by mohlo být mnohem nižší. Nízký počet přidělených bodů u speciálního pedagoga je logickým důsledkem toho, že jeho služeb se využívá výlučně v péči o dětskou populaci a dětských praktických lékařů je pouze 10 % z celkového počtu. Spolupráce s duchovním je výjimečná, představitelé církví nebývají součástí týmů v ambulantních zdravotnických zařízeních. Jinak je tomu v nemocnicích, kde se v posledních letech rozvíjí pastorační péče o pacienty i nemocniční personál. Podstatným faktem však stále zůstává, že velká část populace, jejíž součástí jsou i lékaři, může trpět historicky zaviněnými předsudky o spirituální péči. Duchovním potřebám nemocného (např. smyslu života) tak nepřikládají větší důraz.

V ojedinělých případech lékaři dopisovali další pracovníky či subjekty, s nimiž spolupracují. U pražských respondentů to byla pečovatelská služba, hospic, úřady, policie, zaměstnavatel a v neposlední řadě rodina. V ostatních městech lékaři dále komunikují se zaměstnavatelem, policií, obecním úřadem, učitelem, ale i s rodinou, přáteli a na venkově i se sousedy pacienta. Zde se nabízí otázka, zda lze v tomto případě dodržet zásadu lékařského tajemství.

Lékaři z venkova nebo z menších měst často uváděli poznámky typu: „Není s kým komunikovat.“ nebo „Neznám krizového pracovníka.“ Proto je v celkovém pořadí zajímavé, že se přidělený počet bodů v Praze a mimo ni zásadně neliší.

Klady:	Existence mezioborové komunikace (jakkoli virtuální nebo sporadické) Ochota komunikovat s psychology Změna pojetí role sociálních pracovníků, kdy komunikovat se sociálním pracovníkem znamená komplexní pomoc pacientovi, nikoli jeho „udání“ Vzrůstající počet odborníků pečujících o duchovní potřeby v rámci zdravotnictví – prostor pro kladení existenciálních otázek
Rizika:	Nezvyk, neochota nebo nemožnost pracovat mezioborově Nízká kvalita, neúčelnost mezioborové komunikace Absence mezioborových týmů nebo dokonce jakékoli mezioborové komunikace Obava z porušení zákonných norem vzhledem k ochraně osobních údajů

5. Uved'te, prosím, s kým byste potřeboval(a) jako lékař(ka) častěji komunikovat, ať už je skutečnost jakákoli.

Pražští lékaři by ve 21,1% uvítali spolupráci s psychologem. Na základě poznámek respondentů usuzují, že lékaři teoretickou možnost spolupráce s psychology mají, avšak stěžují si na nedostatečnou odbornost psychologů a nízkou kvalitu samotné spolupráce. Dále v 15,8% postrádají spolupráci s psychiatrem, v 10,5% s lékařem specialistou, psychoterapeutem, se sociálním pracovníkem a v 5,3% s právníkem a s odborníkem na drogovou problematiku. Podle jednoho z dotazovaných by byla ideální tzv. komunitní péče, tzn. stabilní okruh odborníků v dané lokalitě.

Mimopražští respondenti postrádají ve 32,3% psychologa, ve 29% sociálního pracovníka, v 16,1% právníka a v 6,5% psychiatra nebo jiného lékaře specialistu. Pouze jeden respondent by uvítal spolupráci s duchovním.

Za zmínku stojí poznámka jednoho venkovského praktického lékaře, který zcela postrádá kontakt se sociálním pracovníkem a s duchovním a naopak velmi chválí kvalitu služeb orgánů státní správy a policie. Otázkou však zůstává, proč se tomuto respondentovi zároveň nedaří navázat spolupráci se sociálním pracovníkem – zaměstnancem státní správy.

Klady: Snaha komunikovat s ostatními pomáhajícími, pokud by tato komunikace byla kvalitní a dostupná

Rizika: Nízká míra erudice některých specialistů (psychologů, sociálních pracovníků)
Přetíženost všech účastníků mezioborové komunikace
Nedůvěra ve státní orgány a policii
Absence komunitní péče, jejíž součástí by byl praktický lékař
Za zástupnou považuji odpověď jedné z respondentek:
„Problém není v intenzitě, ale v kvalitě komunikace.“

6. Označte, prosím, zda jste v posledních třech letech navštívil(a) konferenci či seminář nebo jste přečetl(a) knihu, odborný článek k tématu:

Tab. č. 15 Vzdělávání praktických lékařů (různá témata)

Téma	Konference				Seminář				Kniha				Odborný článek			
	Praha		Ostatní		Praha		Ostatní		Praha		Ostatní		Praha		Ostatní	
	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%
Medicína	16	84,2	19	61,3	17	89,5	27	87,1	13	68,4	19	61,3	17	89,5	24	77,4
Péče o zdraví	0	0,0	3	9,7	6	31,6	11	35,5	6	31,6	5	16,1	12	63,2	19	61,3
Právo	2	10,5	1	3,2	4	21,1	6	19,4	3	15,8	3	9,7	11	57,9	18	58,1
Syndrom CAN	1	5,3	0	0,0	2	10,5	0	0,0	1	5,3	0	0,0	3	15,8	5	16,1
Partnerské násilí	1	5,3	0	0,0	1	5,3	1	3,2	1	5,3	1	3,2	9	47,4	15	48,4
Týrání Seniorů	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	3,2	0	0,0	0	0,0	5	26,3	15	48,4
Krize	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	3	15,8	0	0,0	6	31,6	10	32,3
Spiritualita	0	0,0	0	0,0	1	5,3	2	6,5	2	10,5	3	9,7	4	21,1	5	16,1

Pozn.: P = počet

Většina pražských i mimopražských lékařů navštívila v posledních třech letech lékařskou konferenci nebo seminář. Pražští respondenti o 22, 9 % častěji navštívili

konferenci – důvodem bude pravděpodobně větší časová a jiná dostupnost. Většina lékařů četla v posledních třech letech odborný článek k lékařské problematice, přičemž pražští lékaři takto činili o 12, 1% častěji. Otázkou zůstává, proč pouze 64% z celkového počtu lékařů četla odbornou lékařskou knihu (pražští lékaři o 15,5% častěji než mimopražští).

Poměrně méně početná část dotazovaných se vzdělává v oblasti práva formou konference, semináře nebo četbou odborné knihy. Více než polovina všech dotazovaných však za poslední tři roky přečetla článek k problematice práva. Předpokládám, že se jedná především o články, které se přímo týkají medicínské legislativy a bývají uvedeny v lékařských časopisech (Praktický lékař apod.).

Za alarmující pokládám výsledky týkající se problematiky syndromu CAN. Jen velmi málo respondentů se ve svém vzdělávání tomuto problému věnuje. Z odpovědí je patrné, že označení „syndrom CAN“, které se v odborné i laické veřejnosti běžně užívá, neznají především respondenti vyšší věkové kategorie. V posledních letech je však problematika syndromu CAN součástí učebních osnov na lékařských fakultách. I tak bohužel hrozí, že praktický lékař nedisponuje schopnostmi správně komunikovat, pokud se reálně setká s obětí. V této odborné záležitosti bohužel nestačí intuitivní, jakkoli humánní přístup.

V dotaznících se často objevovala poznámka, že by respondenti uvítali více informací o domácím násilí, konkrétně o pomoci seniorům v této věci.

Klady: Dostupnost vzdělávacích možností – hlavně ve velkých městech

Vznik neziskových organizací provádějících časově nenáročnou osvětu pro lékaře
Ochota mnohých lékařů číst pravidelná lékařská i jiná periodika
Motivace k dalšímu vzdělání lékařů ze strany státu

Rizika: Nízká dostupnost vzdělávacích možností, hlavně v menších městech

Neochota nebo nemožnost se vzdělávat, např. z důvodu přetíženosti
Vysoký počet pacientů zasažených sociálně patologickým jevem – nemožnost vstřebat znalosti o každém z nich
Extrémní neznalost závažných témat (např. syndrom CAN)
Týrání seniorů jako téma vyžadující zvláštní pozornost lékařů – avšak opomíjené

Tab. č. 16 Vzdělávání pracovníků KI (různá témata)

Téma	Konference				Seminář				Kniha				Odborný článek			
	Praha		Ostatní		Praha		Ostatní		Praha		Ostatní		Praha		Ostatní	
	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%
Kříze	7	20,0	1	4,2	18	51,4	11	45,8	25	71,4	16	66,7	22	62,9	13	54,2
Péče o zdraví	3	8,6	3	12,5	4	11,4	5	20,8	11	31,4	9	37,5	21	60	13	54,2
Právo	4	11,4	4	16,7	17	48,6	6	25,0	11	31,4	5	20,8	18	51,4	7	29,2
Syndrom CAN	4	11,4	1	4,2	3	8,6	7	29,2	8	22,9	11	45,8	23	65,7	9	37,5
Partnerské násilí	7	20,0	2	8,3	17	48,6	9	37,5	12	34,3	9	37,5	26	74,3	15	62,5
Týrání Seniorů	0	0,0	0	0,0	6	17,1	4	16,7	5	14,3	2	8,3	18	51,4	9	37,5
Medicína	5	14,3	0	0,0	6	17,1	6	25,0	11	31,4	6	25,0	16	45,7	13	54,2
Spirituali- ta	1	2,9	2	8,3	3	8,6	2	8,3	13	37,1	8	33,3	13	37,7	7	29,2

Pozn.: P = počet

**7. Uveďte, prosím, přibližné názvy a autory knih, které jste označil(a)
a bezprostředně se nevází k vašemu oboru:**

**8. Pokud se jednalo o články, které se bezprostředně netýkaly vašeho oboru, uveďte,
v jakých odborných periodikách byly uvedeny:**

Otázky č. 7. a 8. jsem zařadila za účelem zjištění studované literatury, která se přímo netýká medicíny, ale lékaři jejímu čtení věnují čas. Tyto otázky též slouží jako potvrzení otázky č. 6. Lze konstatovat, že 47,4% pražských a 29% mimopražských lékařů sice do tabulky uvedlo odbornou knihu na dané téma, ale v následující otázce již konkrétní název ani autora nenapsalo. Taktéž 26,3% pražských a 16% mimopražských lékařů neoznačilo konkrétní odborný časopis. Je možné, že někteří lékaři tyto časově náročnější otázky raději vynechali.

Pražští lékaři uváděli např. tyto knihy: Paliativní péče, Komunikační pasti v medicíně, Emoční inteligence. Další tituly byly převážně populárně vědeckého rázu. Z odborných časopisů se objevovaly hlavně časopisy lékařské, v nichž lze načerpat také informace

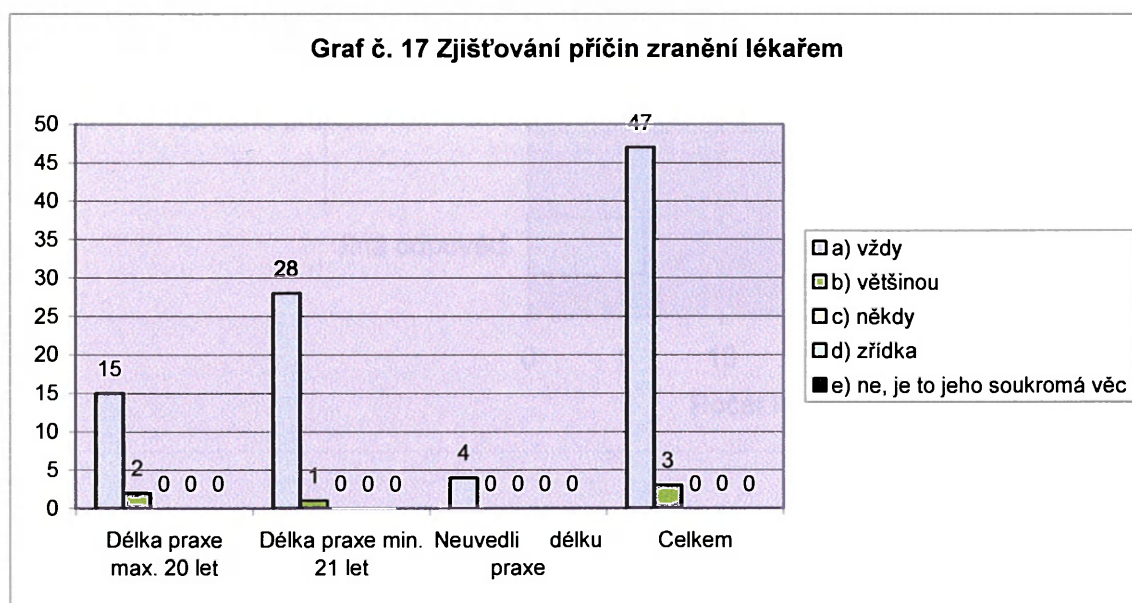
k jiným oborům (Praktický lékař, Medicine tribune aj.), dále pak Psychologie Dnes a Universum. Lékaři často uváděli také neodbornou literaturu: MF Dnes, Lidové noviny nebo časopisy pro ženy (Žena a život, Cosmopolitan).

U mimopražských lékařů se častěji objevovaly knihy odborných autorů (H. Haškovcové, J. Křivohlavého, J. Vymětala, Z. Matějčka, ale i kontroverzní autoři jako R. Dahlke nebo T. Dethlefsen). Poměrně bohatý byl výčet spirituálně zaměřených knih z pera T. Halíka nebo E. Tomáše. Z časopisů to byly opět hlavně lékařská odborná periodika (Praktický lékař, Medicine tribune, Causa subita, Medicína po promoci) i alternativně orientované časopisy jako Meduňka nebo Regenerace.

9. Pokud ošetřujete pacientovy rány (modřiny, popáleniny), ptáte se na příčiny jejich vzniku?

Tab. č. 17 Zjišťování příčin zranění lékařem

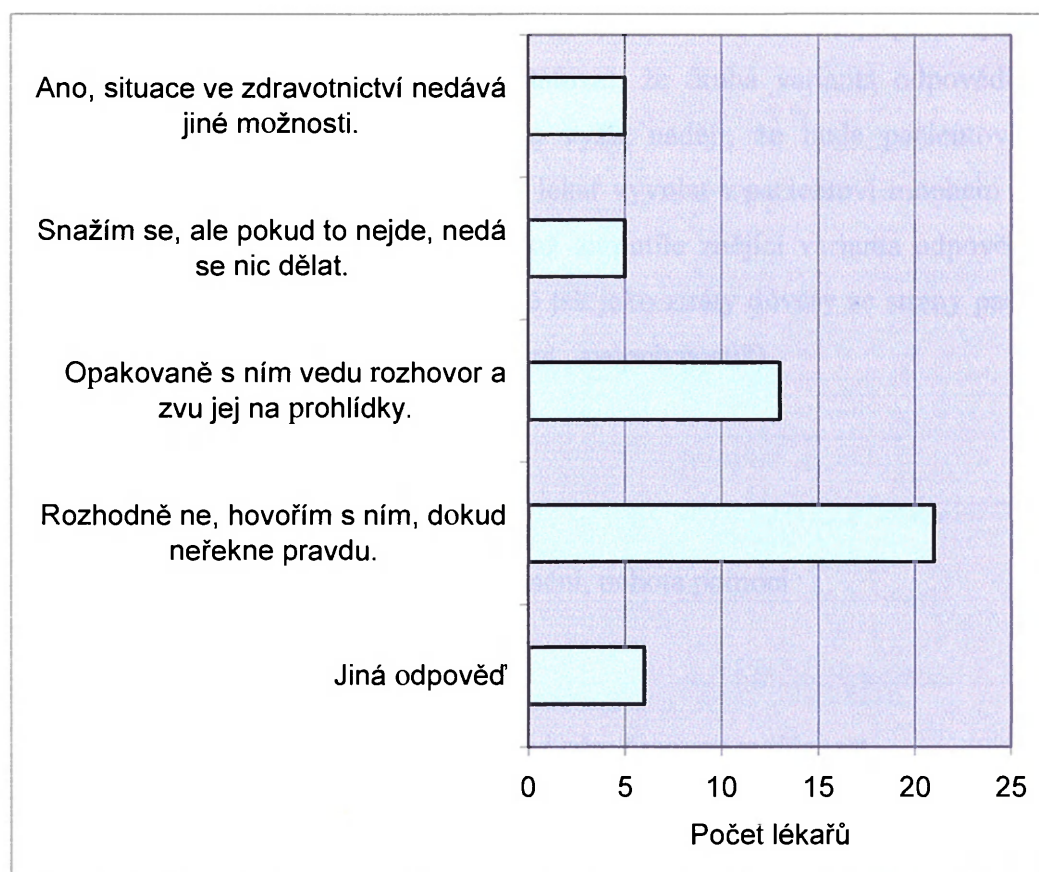
Odpověď	Délka praxe max. 20 let		Délka praxe min. 21 let		Neuvedli délku praxe		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) vždy	15	88,2	28	96,6	4	100,0	47	94,7
b) většinou	2	11,8	1	3,4	0	0,0	3	6,4
c) někdy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
d) zřídka	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
e) ne, je to soukromá věc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	17	100,0	29	100,0	4	100,0	50	100,0



Z tabulky vyplývá, že dotazovaní se na příčiny vzniku téměř vždy ptají, menšina lékařů se ptá většinou, další odpovědi neoznačil ani jeden respondent. Lékaři s delší praxí, s výjimkou jednoho respondenta, se na příčiny ran ptají vždy. Vzhledem k nízkému počtu respondentů lze ale konstatovat, že celkově jsou odpovědi obou skupin lékařů vyrovnané. Dotazovaní lékaři tak většinou jednájí v souladu s Věstníkem MZ 6/2008, v němž se klade důraz na důkladnou anamnézu zaměřenou na zjištění okolností poranění.⁴¹⁸ Zajímavé bude porovnat odpovědi s následující tabulkou, shrnutí (klady a rizika) tedy uvedu současně s další otázkou.

10. Pokud k Vám pacient opakovaně přichází s prosbou o ošetření zraněných míst na těle a tvrdí, že upadl na schodech, ve vaně, na hřišti apod., spokojíte se s touto odpovědí ?

Graf č. 18 Pátrání lékařů po příčině zranění



⁴¹⁸ MZ ČR. Věstník 6/2008. [online]. ©2008, *posl. úpravy 10. 2. 2010* [cit. 2. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/833-vestnik-62008.html>.

MZ ČR. Věstník 3/2008. [online]. ©2008, *posl. úpravy 10. 2. 2010* [cit. 2. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/617-vestnik-32008.html>.

Varianta „jiná odpověď“ obsahuje tyto konkrétní výroky: „Neměla jsem tento případ.“ „Pokud nechce hovořit se mnou, nabídnu mu kontakt na psychologa.“ „Snažím se zjistit pravdu, ale když to nejde, kontaktuji rodinu, sousedy. Jsme malá vesnice.“ „Většinou vím příčinu dříve, než pacient přijde (venkov).“ „Velmi individuálně vážím postup.“ „Nemám takové pacienty.“

Na otázku odpovědělo 12% dotazovaných rezolutně – o původ opakujících se zranění se zvlášť nezajímají. Ani upřímnost odpovědi nemůže napravit dojem, že takovýto přístup lékaře hraničí s lhostejností a nezájmem. Opakovaný pád ve vaně nebo na schodech je přímo učebnicovým příkladem odpovědi mnohých týraných seniorů. Téměř polovina respondentů obou skupin se snaží zjistit příčinu zranění, ale přiznává, že pokud to nejde, tuto snahu vzdává. Přibližně čtvrtina věnuje pacientovi dostatek času, vede s ním opakovaný rozhovor a zve jej na prohlídky. Desetina se snaží neoblomně zjistit pravdu.

Právě lékař bývá nejdostupnějším odborníkem, který může pomoci oběti týrání. Proto pokládám skutečnost, že více než polovina lékařů v podstatě promarní možnost pomoci, za téměř alarmující. Faktem je, že odhalení týrání žádá v tomto případě vyšší míru úsilí. Na základě poznatků z praxe lze konstatovat, že druhá varianta odpovědi je většinou bez efektu. Naopak třetí varianta skýtá vyšší naději, že bude pacientovi pomoheno. Opakovanými kontakty a zájmem může lékař vyvolat v pacientovi mnohem vyšší důvěru nežli při jednorázové návštěvě. Čtvrtá, až zarputile znějící varianta odpovědi, může být předzvěstí velmi efektivní pomoci, stejně tak jako ztráty důvěry ze strany pacienta (obava „z autoritářského přístupu“, vědomí vlastní „svéprávnosti“).

Klady: Potřeba lékařů objasnit vznik zranění, ochota pomoci

zamezit dalším útokům

Ochota opakovat rozhovor

Ochota komunikovat dlouhodobě i přes časovou vytíženost

Vědomí nutnosti individuálního postupu

Komunikační dovednosti

Znalost postupu, např. dle Bílého kruhu bezpečí

Rizika: Obava pacienta ze ztráty soukromí

Neprofesionální přístup ze strany lékaře (ochrana informací)

Předsudky

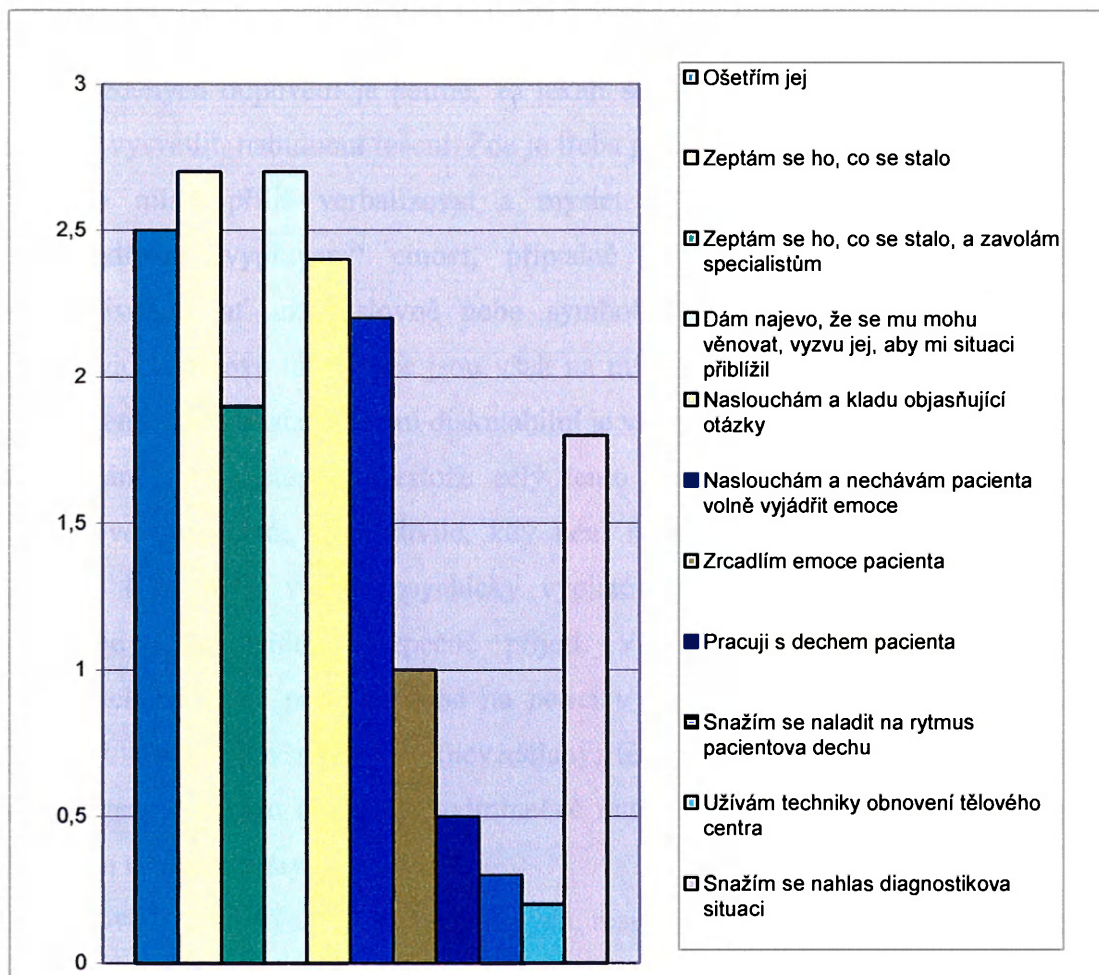
Spokojení se s evidentně nepravdivou odpovědí pacienta

Neznalost komunikačních technik a odborných metodických materiálů

Autoritářský přístup – riziko ztráty důvěry pacienta

11. Uved'te, které z postupů užíváte, pokud je váš pacient v psychicky vypjaté situaci (můžete označit více variant):

Graf č. 19 Postupy užívané v psychicky vypjatých situacích



Pozn: Odpověď „vždy“ značí hodnotu 3 na ose x, „často“ 2 body, „zřídka“ 1 bod a „nikdy“ 0 bodů.

Cílem této otázky bylo zjistit, nakolik praktičtí lékaři znají a používají techniky krizové intervence, pokud je jejich pacient v psychicky vypjaté situaci. Možná, že v ordinacích se jen zřídka stává, že by situace byla psychicky vypjatá a žádala by podobný zásah. Pacientova etiketa často nedovolí spontánně vyjádřit emoce. Pokud však může být lékař tím, kdo oznamuje závažné výsledky vyšetření nebo se snaží napomoci v případě sociálně patologického problému (domácí násilí atp.), měl by alespoň některé techniky znát. Stejně tak je velmi důležité práce s vlastními emocemi a schopnost neztratit těžiště sebe sama.

Z odpovědí vyplývá, že lékaři označovali především ty odpovědi, které jsou obecně srozumitelné. Jednoduché techniky krizové intervence, ať už se jedná o zrcadlení, práci s dechem nebo o techniku obnovení tělového centra, používají jen velmi zřídka. Zajímavé byly konkrétní odpovědi, které dotazovaní vpisovali do kolonky „jiný přístup“: „Používám medicínské postupy lege artis.“ „Poradím mu.“ „Vysvětluji nutnost aktivního řešení, ne skrývání násilí.“ „Společně hledáme první krok řešení a další kroky.“ „Držím ho za ruku.“ „Někdy zkouším reiki.“ „V případě násilí vysvětluji nutnost komunikace a řešení – nikoli trpění, skrývání násilí.“

Z uvedených odpovědí je patrné, že lékaři se snaží „uchopit situaci“ spíše aktivně – poradit, vysvětlit, nabídnout řešení. Zde je třeba podotknout, že ve skutečně vypjaté situaci není na místě příliš verbalizovat a myslet dopředu, ale je třeba nechat prostor pro vyjádření, „vyplavení“ emocí, případně pláče. V tomto smyslu by byla asi nejefektivnější, ať už doslovně nebo symbolicky, odpověď: „Držím ho za ruku.“ Dle pravidel krizové intervence jsou však na místě také odpovědi a), b), d), e), f), které respondenti také označili. Velmi diskutabilní je varianta odpovědi: „Zeptám se, co se stalo, a zavolám specialistům.“ Přestože celý tento průzkum pokládám za jakési „volání“ po týmové spolupráci, jsou chvíle, kdy není na místě rychle kamkoli volat. Člověka v akutní krizi nebo v jinak psychicky vypjaté situaci ovládá veliká úzkost a strach. Potřebuje spíše klidné, bezpečné přijetí. Volání specialistovi v případě akutního psychotického stavu pacienta nebo na polici v případě dalšího ohrožení je samozřejmě na místě. Pokud by však nejistý (nevzdělaný) lékař volal kamkoli bez předchozí dohody s pacientem a nebylo by to bezpodmínečně nutné, jednalo by se o neetické chování se značným rizikem ztráty důvěry.

Odpovědi pražských a mimopražských respondentů se výrazně nelišily. Snad jen techniku zrcadlení emocí používají pražští lékaři o 0,5% častěji než mimopražští, stejně tak o 0,7% častěji nahlas diagnostikují situaci. Možná, že pražští lékaři mají větší nabídku vzdělávání (kurzy, semináře) a proto uvedených technik o něco častěji používají.

Klady: Ochota aktivně pomoci

Znalost technik krizové intervence

Možnost nabídnout ověřený kontakt na odborníka

Podpůrná supervize pro lékaře

Rizika: Neznalost vhodné komunikace, důraz na verbální komunikaci

Pasivní přístup x příliš angažovaný přístup (nabídka bezpočtu řešení)

Autoritářský přístup – riziko ztráty důvěry

Nekompetentní, intuitivní přístup – riziko iatropatogeneze

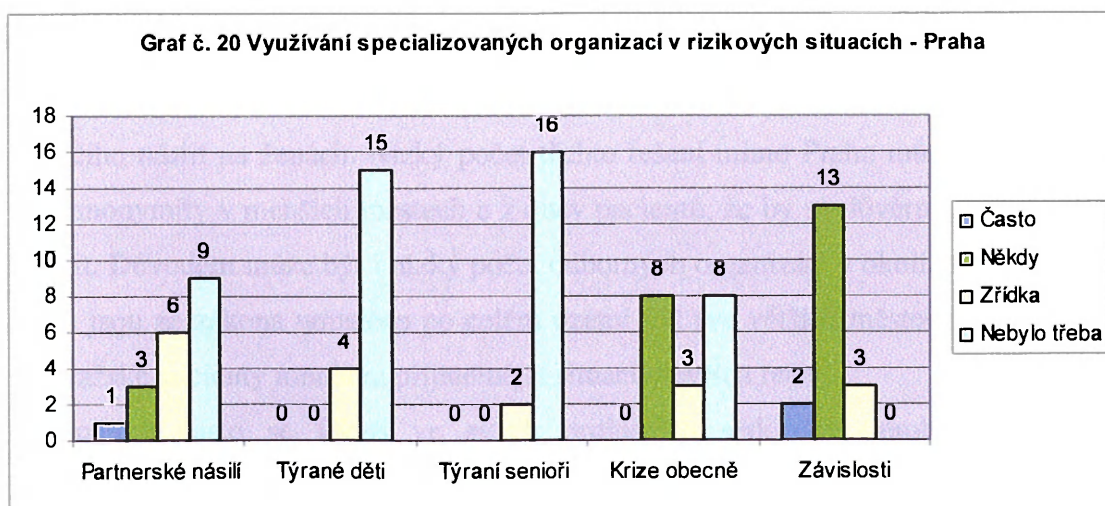
Riziko poškození lékaře (agresivní reakce pacienta)

Absence podpůrné supervize

12. Využíváte kontaktů na organizace specializ. na pomoc v následujících situacích?

Tab. č. 18 Využívání specializovaných organizací v rizikových situacích - Praha

Rizikové situace	Často		Někdy		Zřídka		Nebylo třeba	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Praha								
Partnerské násilí	1	5,3	3	15,8	6	31,6	9	47,4
Týrané děti	0	0,0	0	0,0	4	21,1	15	78,9
Týraní senioři	0	0,0	0	0,0	2	10,5	16	84,2
Krize obecně	0	0,0	8	42,1	3	15,8	8	42,1
Závislosti	2	10,5	13	68,4	3	15,8	0	0,0



Tab. č. 19 Využívání specializovaných organizací v rizikových situacích (menší města)

Rizikové situace	Často		Někdy		Zřídka		Nebylo třeba	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Menší města								
Partnerské násilí	1	3,2	2	6,5	2	6,5	22	71,0
Týrané děti	0	0,0	1	3,2	2	6,5	21	67,7
Týraní senioři	0	0,0	1	3,2	4	12,9	22	71,0
Krize obecně	0	0,0	2	6,5	7	22,6	18	58,1
Závislosti	2	6,5	9	29,0	10	32,3	7	22,6



Cílem této otázky bylo nastínit reálnou mezioborovou spolupráci lékaře v případě závažných existenciálních problémů pacienta. Jako nejdůležitější podnět k úvaze jsem pokládala položku „Nebylo třeba“.

Obecně bylo možné předpokládat, že hodnoty v tabulkách nedosáhnou zvlášť vysokých hodnot. Praktičtí lékaři se s podobnými situacemi skutečně nesetkávají denně. Jako zajímavé vychází srovnání pražských a mimopražských respondentů v případě řešení domácího násilí na ženách. Nízký počet těchto řešení mimo Prahu může vycházet z nižší míry anonymity v menších městech a z obav pacientů, že by se důvěrná informace mohla rozšířit. Důvodem může být i nízký počet odborných organizací v okolí, ačkoli intervenční centra jsou ze zákona umístěna po celém území ČR (ve větších městech). I tak může být pro pražské pacienty mnohem přijatelnější situaci otevřít a řešit ji.

Poměrně často se lékaři ve svých ordinacích setkávají s problémem závislosti. Důvodem může být dojem pacientů, že závislosti mnohem více spadají do kompetence lékařů než např. důsledky pramenící z domácího násilí, které bývá velmi často psychické povahy. Vzhledem k vysoké národní toleranci závislosti lze předpokládat, že je

pro pacienta jednodušší svěřit se např. se závislostí na alkoholu než se skutečností, že jej někdo bije.

Více než polovina respondentů se pravděpodobně domnívá, že v jejich ordinaci nebylo třeba podobné problémy řešit. Realita může být opravdu taková, incidence případů nízká. Dle statistik se ale podstatný zlomek populace s těmito problémy potýká. Zde jistě záleží na rozhodnutí pacienta, zda při sestavování anamnézy nebo popisu svých problémů uvede, že se potýká nejen se svým zdravotním stavem. Palčivé však zůstávají situace, kdy pacient, aniž by se svěřil, vykazuje známky týrání, ale lékař je bohužel nerozpozná, nebo se domnívá, že je to jeho soukromá věc. Zde je lékař v pozici odborníka, který se setkává s pacientem s ohroženou autonomií a měl by být nápomocen. Z některých kasuistik je ale patrné, že v lokalitách, kde je výskyt domácího násilí vysoký, se lékaři vyjadřují ve smyslu „Nic podobného tu naštěstí nemáme.“

Klady: Nízká incidence případů (skutečný počet však odhalit nelze)

Interdisciplinární spolupráce na poli závislosti

Rizika: Neznalost problémů – nemožnost je rozpoznat

Neochota riziková témata řešit

Nízký počet odborných organizací v regionu

Obava pacientů z porušení mlčenlivosti (hlavně v menších městech)

13. Uved'te, prosím, jaká konkrétní zařízení to jsou (dle jednotlivých problematik).

Pozn.: nabízené okruhy: partnerské násilí, syndrom CAN, syndrom EAN, závislosti

Výsledky průzkumu u této otázky jsou překvapivé. Pokud jsou lékaři nápomocni svým pacientům v tíživé situaci, adekvátně tuto pomoc zvládají pouze v oblasti závislosti na návykových látkách (zde správně uvádějí zařízení jako je K-centrum, Psychiatrická léčebna Bohnice, Drop-in, Sananim atd.). U ostatních možností, které se týkaly domácího násilí, však respondenti prokazovali závažnou neznalost. Pouze výjimečně znali název specializovaných zařízení (např. Bílý kruh bezpečí – v 6%, Rosa ve 4%, RIAPS i Dětské krizové centrum se objevilo u jediného lékaře). Další, odpovědi, které lze považovat

za správné, jsou např. Policie ČR v 8%, sociální odbor v 6% nebo Fond ohrožených dětí u jednoho respondenta. Ve zbylých případech se objevovaly chybné nebo jen velmi obecné odpovědi („pomoc týraným ženám“).

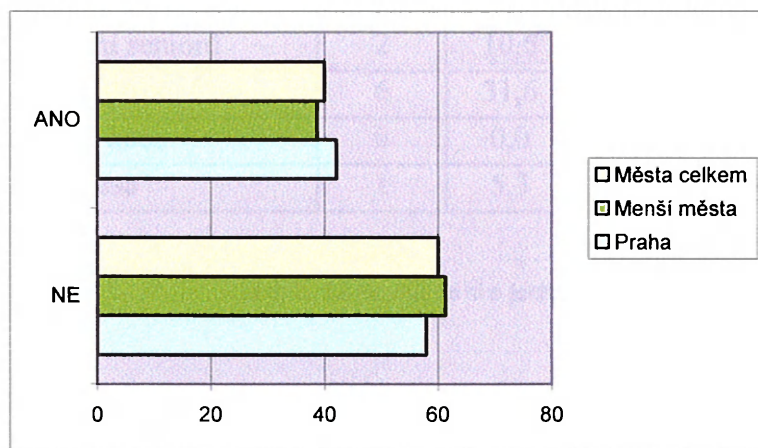
Otázka byla formulována tak, aby dotazovaní vypsali služby, kterých skutečně využili. Předpokládám, že kdyby byla směřována na potenciální využití v případě potřeby, více by odrážela znalosti lékařů. I tak zde ale existuje alarmující varianta ve smyslu nedostatečné prevence násilí (žádné informační letáky v čekárnách), neschopnosti detekovat násilí (proto nevyužívání specializovaných služeb) nebo dokonce neznalost legislativy (např. ohlašovací povinnosti).

Klady: Znalost možností pomoci v oblasti závislosti

Rizika: Většinová neznalost možností pomoci osobám ohroženým domácím násilím

14. Dostaly se vám do rukou informační materiály nebo literatura o tom, jak se chovat v podobných situacích?

Graf č. 21 Lékaři a metodické materiály – distribuce



Pozn.: Číselná hodnota na ose y vyjadřuje procento z dané skupiny lékařů.

Otázka vychází z předpokladu, že většina praktických lékařů v ČR dokončila své studium před rokem 2000, kdy se zmíněné materiály začaly objevovat ve výuce na lékařských fakultách. Proto jsou spíše odkázáni na studium odborné literatury nebo na informace z materiálů, které jsou distribuovány do jejich ordinací nebo jsou k dispozici na internetových stránkách odborných institucí. Výsledky šetření však spíše poukazují

na to, že se zmíněné materiály přibližně v 60% případů do rukou lékařů nedostaly, a to bez ohledu na město, v němž lékař působí.

Toto šetření bylo prováděno v letech 2006–2007. Lze předpokládat, že vzhledem k důležité změně v legislativě, k výrazné osvětě a aktivní činnosti několika neziskových organizací by byl aktuálně výsledek pozitivnější. I přesto zůstává informovanost a lékařů jako odborníků prvního kontaktu palčivou otázkou. Pokud se lékařům nedostaly do rukou podrobné materiály vytvářené pracovníky BKB, je zde reálná šance, že dojde k nápravě v roce 2010, neboť rozsáhlou osvětu chystají pracovníci o. p. s. Profem.

Klady: Aktivita státu – věstníky, metodické pokyny

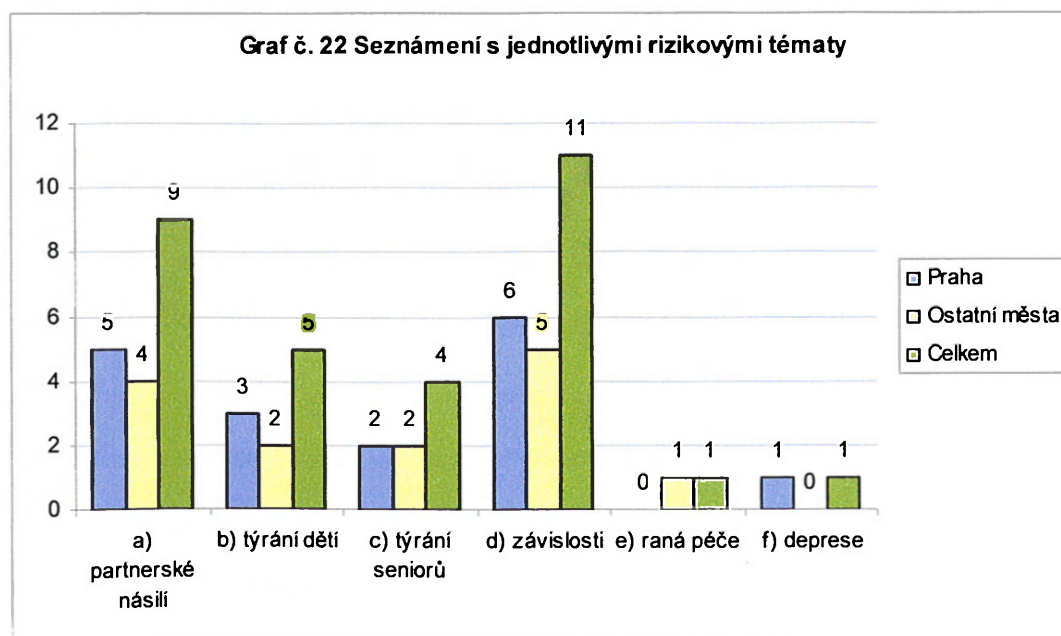
Osvětová činnost nestátních organizací

Rizika: Nedostatek informačních materiálů pro lékaře i pacienty

15. Kterých témat se informační materiály (literatura) týkaly?

Tab. č. 20 Seznámení s jednotlivými rizikovými tématy

Odpověď praktičtí lékaři	Praha		Ostatní města		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) partnerské násilí	5	26,3	4	12,9	9	18
b) týrání dětí	3	15,8	2	6,5	5	10
c) týrání seniorů	2	10,5	2	6,5	4	12
d) závislosti	6	31,6	5	16,1	11	32
e) raná péče	0	0,0	1	3,2	1	2
f) deprese	1	5,3	0	0,0	1	2



V souladu s otázkou č. 14 lze předpokládat, že se k respondentům dostává nejvíce informací na téma závislosti na návykových látkách. Jedná se o téma, které velmi souvisí se zdravotním stavem pacienta a v naší zemi není tabuizované tolik jako téma násilí. Pouze necelé pětina lékařů se dostaly do rukou materiály o partnerském násilí, přibližně desetina pak materiály o týrání dětí nebo seniorů. Vzhledem k tomu, že byl průzkum prováděn před dvěma lety, lze doufat, že v současné době přístupnost k těmto materiálům zvýšila. Ze strany Ministerstva zdravotnictví je v posledních letech patrný zájem o širší osvětu mezi lékaři. Věstníky a vyhlášky, v nichž se uvádějí některé instrukce řešení domácího násilí, jsou toho důkazem. Legislativně je však důsledně upraveno jednání pouze v případě policistů (povinná školení zaměřená na rozpoznání a řešení), sankce všem občanům hrozí pouze za vybrané situace (porušení ohlašovací povinnosti, nepřekažení trestného činu).

Klady: Dostatek informací na téma závislosti na návykových látkách

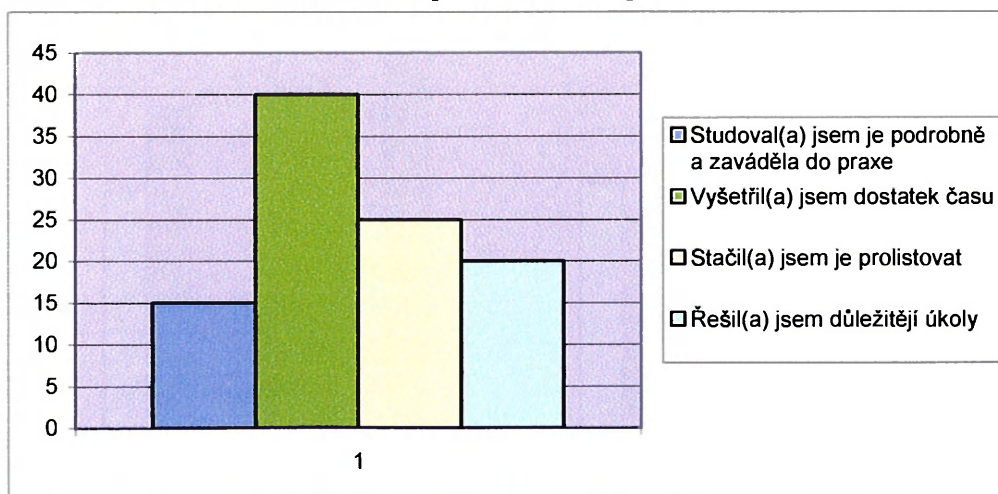
Celoživotní vzdělávání

Rizika: Přetíženost, nedostatek času na studium materiálů, vysvětlování jejich obsahu

Nedostatek informací na téma syndrom EAN

16. Kolik času jste měl(a) na studium těchto materiálů?

Graf č. 23 Studium materiálů, implementace do praxe



Pozn: Číselné hodnoty na ose x vyjadřují podíl lékařů, kteří materiály četli.

Jak vyplývá z grafu, dotazovaní většinou nemají čas podrobně studium materiály, které se bezprostředně netýkají zdravotnictví. Pětina respondentů upřímně uvádí, že řešila

důležitější úkoly. Podobně jako v jiných pomáhajících profesích i v lékařství platí, že v praxi se zvládá především to nejnutnější, resp. záležitosti uložené zákonem. Předimenzovanost pracovní doby bývá běžným jevem nejen v pomáhajících profesích. Lze předpokládat, že kdyby tomu bylo jinak, lékaři by tyto materiály pečlivě studovali a poznatky zaváděli do praxe. Cílem není tzv. hledání viníka této situace, ale otázka, jaké kroky by bylo možné provést pro zlepšení stavu?

Klady: Ochota vyšetřit čas na studium rizikových témat

Zavádění zjištěných poznatků do praxe

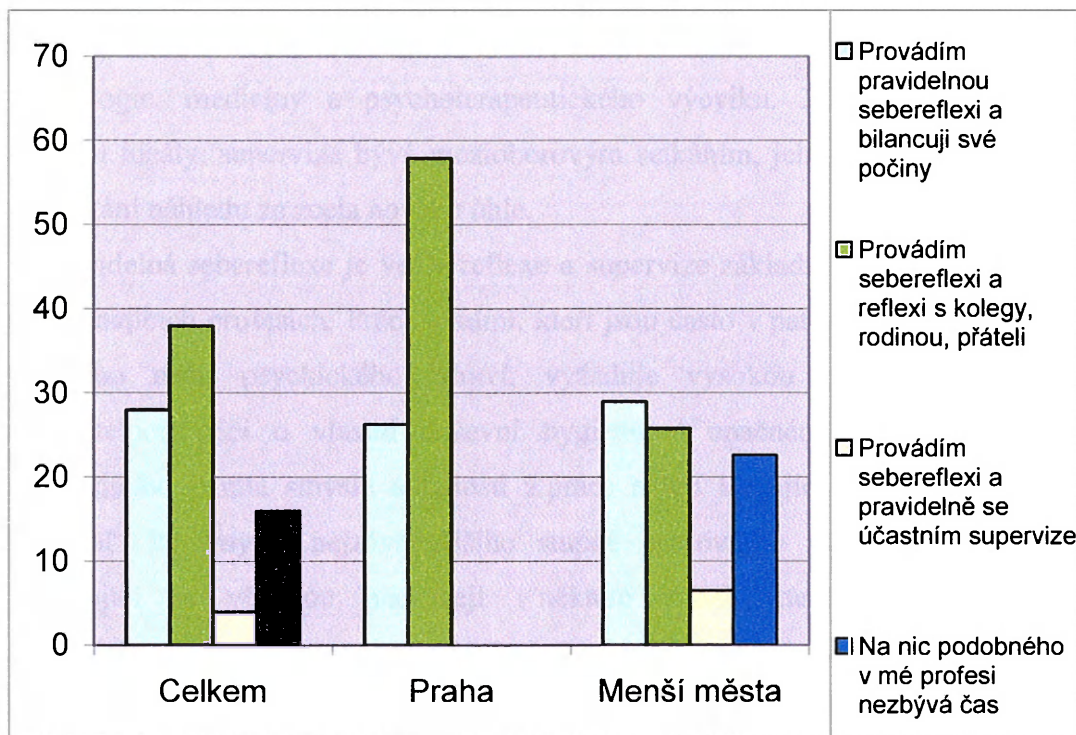
Rizika: Nedostatek času (ochoty) materiály podrobně studovat

a poznatky zavádět do praxe

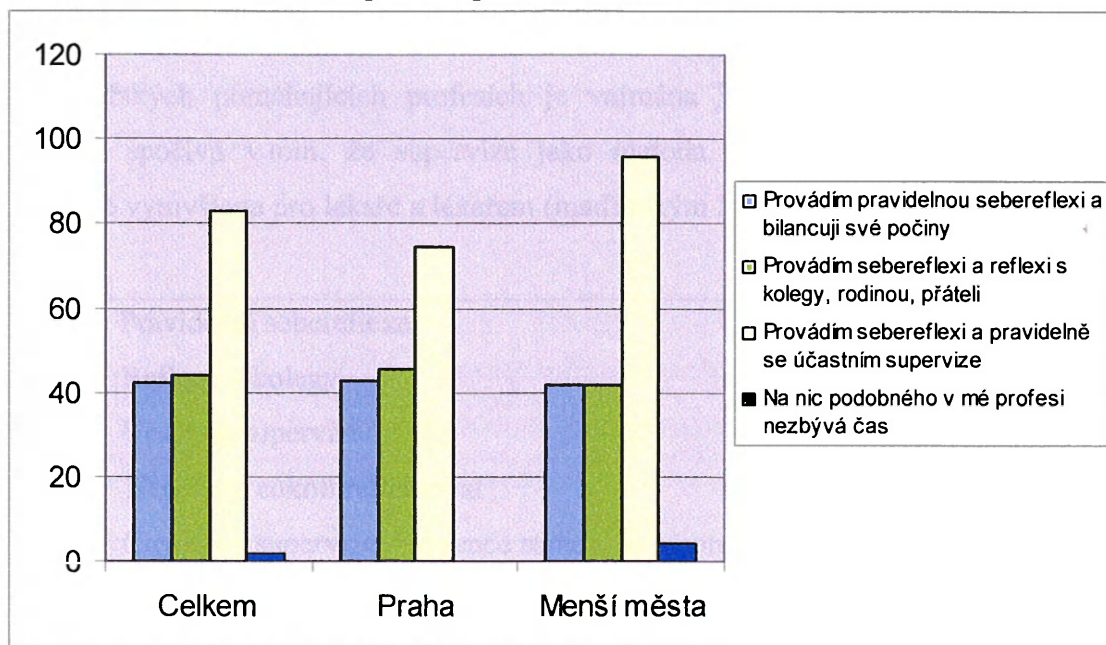
Nedostatek informací

17. Nakolik je pro vás důležité reflektovat svou osobní profesní činnost?

Graf č. 24 Sebereflexe a supervize praktických lékařů



Graf č. 25 Sebereflexe a supervize pracovníků KI



Tato otázka byla do dotazníku vřazena za účelem zjištění péče zdraví a o duši praktických lékařů. I lékař by měl mít k dispozici a využívat elementární psychologické nástroje péče o duševní zdraví a pokud tak z nějakého důvodu nečiní, může to nést závažné etické důsledky v rámci výkonu jeho profese. Supervize je ve své podstatě multioborových nástrojem – provádí ji většinou psychoterapeut, což je v ideálním případě absolvent psychologie, medicíny a psychoterapeutického výcviku. Jakkoli v praxi není nutné splňovat ideály, supervize bývá mezioborovým setkáním, jehož vedlejším efektem může být získání náhledu ze zcela nového úhlu.

Pravidelná sebereflexe je vedle reflexe a supervize základní podmínkou kvalitní práce v pomáhajících profesích. Práce s lidmi, kteří jsou často v patové situaci z hlediska svého fyzického nebo psychického zdraví, vyžaduje vysokou míru frustrační tolerance a pravidelnou péči o vlastní duševní hygienu. V opačném případě hrozí rezignace pomáhajícího, ztráta smyslu a radosti z práce a její klesající kvalita. Pojem „syndrom vyhoření“ ve smyslu nejzávažnějšího stupně pracovního vyčerpání bývá nadužíván, pomáhající se většinou nacházejí v některé z fází, které celkovému fyzickému, psychickému a duchovnímu vyčerpání předcházejí. Naprosté pomíjení alespoň základních nástrojů péče o vlastní duši však nepochybně k syndromu vyhoření v mnoha případech vede. I když pomineme patologický vliv na zdraví samotného pomáhajícího, zůstává otázka, nakolik by bylo toto zanedbání etické vzhledem k pacientovi (klientovi) ?

Z uvedených výsledků vyplývá, že péče o duševní zdraví lékařů nemusí být samozřejmostí. Při pohledu na druhý graf – výsledky pracovníků krizové intervence,

vyvstává skutečnost, že tito pracovníci navštěvují supervizi mnohem častěji než lékaři. Jednak je to dáno zákonnými normami a standardy, jednak skutečností, že supervize v nelékařských pomáhajících profesích je vnímána jako těžiště kvalitního pomáhání. Paradox spočívá v tom, že supervize jako metoda péče v náročných profesích byla primárně vymyšlena pro lékaře a lékařem (maďarským M. Balintem).

Klady: Pravidelná sebereflexe

Reflexe z kolegy

Účast na supervizi

Rizika: Neochota cokoli reflektovat

Chybějící supervize – absence standardů a norem

Reflexe s přáteli, rodinou (riziko porušení mlčenlivosti a nedostatku hranic mezi prací a soukromím)

18. Z čeho pramení pocit uspokojení z vaší profese, čím měříte její smysluplnost?

Jednotlivé položky označte na škále 1-5 (1 = nejméně důležité).

Tab. č. 21 Smysluplnost profese z pohledu lékařů

Měřítka smysluplnosti	Muži			Ženy			Celá skupina		
	Průměr	Modus	Medián	Průměr	Modus	Medián	Průměr	Modus	Medián
a) finanční ohodnocení	3,7	4	4	3,2	3	3	3,3	3	3
b) prestiž profese	3,6	5	4	3,4	3	3	3,4	3	3
c) seberozvoj	3,8	4	4	3,4	3a4	3,5	3,4	4	3
d) možnost pracovat kreativně	3,4	4	4	3,5	4	4	3,4	4	4
e) obohacující setkání s pacienty	3,8	3a5	3	3,6	4	4	3,7	3	4
f) obohacující setkání s kolegy	3,1	3	3	3,1	3	3	3,0	3	3
g) pocit, že jsem dal(a) maximum	4,4	5	5	3,6	5	4	3,7	5	4
h) úplné uzdravení pacienta	4,5	5	5	3,6	5	4	3,7	5	4
i) možnost dělat dobré věci	3,8	5	4a5	3,8	5	4	3,5	5	4
j) sebepoznání	2,8	3	3	3,1	3	3	3,0	3	3

Cílem této otázky bylo zjistit, co je hlavní motivací dotazovaných k výkonu jejich profese. Tato motivace se nutně odráží při jednání s pacienty, neboť nástrojem každého pomáhajícího profesionála je jeho vlastní osobnost.

Lékaři mohli označit důležitost dané položky na škále. Skupina dotazovaných jako celek vykazuje poměrně vyrovnané hodnocení jednotlivých položek. Průměrné hodnoty by však v tomto případě nemusely vypovídat nic o postojích dotazovaných, proto jsem uvedla také modus a medián. Především u položek g) – i) se uvedení modu a mediánu ukázalo jako důležité, položky byly pro respondenty nejpodstatnější. Toto zjištění je pozitivní, vyplývá z něj ale také riziko nemožnosti naplnit některé potřeby (pocit maxima, úplné uzdravení pacienta) a s tím související hrozba syndromu vyhoření.

Muži hodnotí jako důležitější finanční ohodnocení, což bylo možno předpokládat vzhledem k genderovým stereotypům společnosti, kdy se od muže stále ještě očekává tzv. živění rodiny. Prestiž profese hodnotili muži plným počtem bodů, pro ženy je tato hodnota výrazně méně důležitá. Jinak jsou uvedené faktory hodnoceny z hlediska pohlaví vyrovnaně.

Tab. č. 22 Smysluplnost profese z pohledu pracovníků KI

Měřítko smysluplnosti	Ženy			Muži			Celá		
	Průměr	Modus	Medián	Průměr	Modus	Medián	Průměr	Modus	Medián
a) finanční ohodnocení	2,8	3	3	2,9	2 a 4	3	2,8	3	3
b) prestiž profese	2,9	3 a 4	3	3,1	3	3	2,9	3	3
c) seberozvoj	4,4	5	5	4,2	4	4	4,3	5	5
d) možnost pracovat kreativně	4,2	5	4 a 5	3,9	4	4	4,1	5	4
e) obohacující setkání s pacienty	3,9	4	4	3,9	5	4	3,9	4	4
f) obohacující setkání s kolegy	3,9	4	4	4,1	5	4	4,0	4	4
g) pocit, že jsem dal(a) maximum	3,8	5	4	3,9	3 a 5	4	3,8	5	4
h) úplné uzdravení pacienta	3,3	3	3	3,1	3 a 4	3	3,2	3	3
i) možnost dělat dobré věci	3,7	4	4	4,0	4	4	3,8	4	4
j) sebezpoznání	3,9	4	4	3,5	5	4	3,8	4	4

Vzhledem ke srovnávací skupině vykazovaly výsledky některé zajímavosti. Finanční ohodnocení je přibližně o stupeň důležitější pro praktické lékaře nežli pro pracovníky

krizové intervence. Tento výsledek bylo možno očekávat, především v neziskových zařízeních krizové pomoci nemohou finance patřit k dominantním motivům. Podobně je to s prestiží profese, pracovníci krizové intervence ji hodnotí jako asi o půl stupně méně důležitější. Lékař zůstává i nadále vysoce hodnocenou profesí, což může být silnou motivací setrvat v takto náročném povolání. Možnost sebezvoje je naopak o stupeň důležitější pro pracovníky krizové intervence. Především pokud pracují v neziskových organizacích, jsou často nuceni rychle se učit široké škále dovedností, bez ohledu na to, zda tyto dovednosti patří do jejich kompetencí. Jejich práce je každodenním dobrodružstvím, kdy musí pružně reagovat na nejrůznější mezní situace svých klientů. V tomto smyslu je profese krizového intervenanta živnou půdou pro vlastní sebezvoj, sebepoznání a pro uplatnění tvořivosti. Obohacující setkání s kolegy je pro dotazované lékaře o stupeň méně důležité nežli je tomu u pracovníků krizové intervence. V praxi se také s kolegy setkávají mnohem méně, na rozdíl od krizových interventů, kteří je často „článkem“ širšího pracovního týmu. Mnohem slabší je pro tyto pracovníky motivace „úplného vyřešení situace“. Součástí jejich vzdělání je nutně přijetí skutečnosti, že úplně vyřešit krizovou situaci lze jen velmi zřídka a navíc to není jejich úkolem (řešení v sobě nese klient, pracovník spíše doprovází). Lékaři uvedli, že je pro ně silným motivem „možnost dělat dobré věci“. Bohužel až po distribuci dotazníků jsem si uvědomila neobratnost této formulace pro pracovníky krizové intervence. Termín „páchání dobra“ se v této oblasti používá především v situacích, kdy někteří idealisticky zaměření pomáhající poškozují své klienty (např. tzv. bombardováním láskou). Obecně lze spíše předpokládat vysokou míru zdravého altruismu mezi lékaři i jinými pomáhajícími.

Klady: Motivace lékařů „dělat dobré věci.“ – morální citění

Motivace pracovat kreativně

Motivace k sebezvoji

Rizika: Mnoho odpovědí „pacientovo úplné uzdravení“ – nebezpečí frustrace z léčby chronických pacientů

Riziko neochoty podporovat pacienty, kteří nemohou rychle vyřešit své problémy, vyhýbat se psychosomatickým reakcím, tzn. nemohou se v blízké době zcela uzdravit (např. osoby ohrožené domácím násilím)

10. 8 Shrnutí šetření

Zhodnocení hypotéz:

Hypotéza č. 1:

Více než 80% praktických lékařů odpoví, že se svými pacienty zásadně nebo často hovoří o jejich psychosociální situaci, ale více než 50% zároveň uvede, že se jedná o velmi krátký rozhovor nebo na něj nezbývá čas vůbec.

Zásadně nebo často hovoří se svými pacienty 76% dotazovaných o jejich psychosociální situaci, ale z toho jen 36% lékařů vede tento rozhovor velmi krátce nebo jej nevede vůbec.

Hypotéza č. 1 se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 2:

Pražští lékaři interdisciplinárně spolupracují v rámci řešení psychosociálních problémů pacienta častěji (odpovědi „velice často“, „často“) nežli lékaři z ostatních měst.

Tento rozdíl sice činí pouze 1,7%, ale hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 3:

Rozdíl mezi počtem pražských a mimopražských lékařů, kterým se dostaly do rukou informační materiály nebo literatura o domácím násilí, bude vyšší než 20% (ve prospěch pražských lékařů).

Tento rozdíl činí 26,7%. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4:

Pracovníci krizové intervence se účastní pravidelné supervize nejméně o 50 % častěji než praktičtí lékaři.

Dotazovaní lékaři se v podstatě neúčastní pravidelné supervize (s výjimkou dvou osob, tj. 4%). Pracovníci krizové intervence se účastí supervize v 83,1%.

Hypotéza se tedy potvrdila.

Shrnutí cílů šetření:

Většina dotazovaných lékařů projevila ochotu přistupovat k pacientovi holisticky. Informovanost v otázkách rizikových psychosociálních jevů, které úzce souvisí s lékařskou

praxí, však nedosahuje potřebné úrovně. Dotazovaní projevili tendenci ke vstřícnému, avšak spíše intuitivnímu jednání v kontaktu s rizikovými pacienty. Zároveň vyjádřili problém nedostatku času na potřebnou komunikaci s pacientem, resp. na plnohodnotný informovaný souhlas.

V rámci řešení psychosociálního problému pacienta není zcela obvyklé mezioborově komunikovat. Většina dotazovaných tak činí jen někdy nebo v naléhavých případech (78%). Bylo překvapením, že četnost pracovníků krizové intervence u stejné otázky byla srovnatelná, v 64,4% komunikují mezioborově pouze někdy nebo v naléhavých případech. Dotazovaní lékaři nejčastěji komunikují s lékařem specialistou, psychologem a sociálním pracovníkem, pracovníci krizové intervence taktéž, ale v pořadí psycholog, sociální pracovník, lékař specialista (nikoli praktický lékař). Výsledky šetření naznačují, že spíše než nemožnost mezioborově komunikovat je problémem její kvalita, konkrétně erudice jednotlivých pomáhajících. Zdá se, že rozvoj interdisciplinární spolupráce v ČR je teprve na svém počátku, v této věci však lze očekávat změny k lepšímu a častější zavádění interdisciplinárních postupů po vzoru vyspělých evropských států.

Respondenti vykazovali poměrně vysokou účast na dalším vzdělávání v oblasti medicíny. Až (1-2 respondenti) na výjimky však za poslední tři roky nenavštívili jedinou konferenci či seminář na téma syndromu CAN, EAN nebo partnerského domácího násilí. Odborný článek na téma domácí násilí v posledních třech letech četla přibližně polovina dotazovaných, z nichž vysoký počet lékařů je mimopražských. Vzdělávání praktických lékařů je zaměřeno spíše specializačně, převážně na medicínu, dotazovaní pracovníci krizové intervence mají tendenci vzdělávat se nejen ve svém oboru, jejich četba i účast na konferencích je ve srovnání s lékaři intenzivnější. Informační materiály se dostaly do rukou přibližně 50% praktických lékařů, jejich informovanost o konkrétních zařízeních, která lze ohroženým osobám doporučit, je ale nedostatečná. I v této věci lze očekávat zlepšení, a to v souvislosti s chystanými publikačními a osvětovými aktivitami organizací, které se specializují na pomoc osobám ohroženým domácím násilím.

Dotazovaní praktičtí lékaři nevyužívají pravidelnou supervizi (s výjimkou dvou osob). Celkově nejčastěji pečují o své duševní zdraví formou pravidelné sebereflexe, bilancováním svých počinů a reflexí s kolegy, rodinou, přáteli. Nezanedbatelná část z nich (16%) uvádí, že na nic podobného nezbyvá čas. Největší motivací k lékařskému povolání je pro dotazované pocit, že udělali maximum, dále úplné uzdravení pacienta a konečně možnost dělat dobré věci. Pokud uvedeme do souvislosti téma péče o duševní zdraví a motivaci lékařů, dochází zde k disharmonii. Přání lékařů jsou náročná, odborná péče

o jejich duševní hygienu nedostatečná, vnímání lékařů jako rizikové skupiny (např. vzhledem ke vzniku deprese a suicidiálního chování) více než aktuální.

Potenciálními riziky vzhledem k předložené thesi jsou hlavně: nízká informovanost o tématech přesahujících rámec lékařské vědy, neznalost zásad efektivní komunikace v krizi, nízká účast na dalším vzdělávání, nedostatek času, nízká míra interdisciplinární spolupráce, mýty a předsudky, nedostatečná péče o psychické zdraví. Potenciálními klady by byly: snaha o posuzování zdraví pacienta v kontextu, snaha flexibilně reagovat v naléhavých situacích, dostupnost a kvalita ověřené mezioborové spolupráce, prostor pro kvalitní celoživotní vzdělávání a motivace k němu, široká osvěta k rizikovým tématům, znalost elementárních způsobů krizové intervence, pravidelná supervize, etické cítění lékařů. Za podmínky eliminace potenciálních rizik a rozvíjení potenciálních kladů lze očekávat zlepšení holistické a interdisciplinární spolupráce v rámci lékařského povolání, respektive podpory vyšší kvality života pacientů.

Závěr

Tématem této práce byla krize a její vliv na kvalitu života člověka. Zjištěné poznatky byly aplikovány do kontextu domácího násilí, které je živnou půdou pro vznik nejrozličnějších krizí a ztrát. Hlavním cílem bylo zdůvodnění předložené these. V první části textu byla vymezena východiska práce, stěžejní část obsahuje důvody a důkazy na obhajobu these, v části následující jsou pak uvedeny dopady a předpoklady její uskutečnitelnosti. Součástí je též dotazníkové šetření, jehož cílem bylo naznačit potenciál realizovatelnosti these do odborné praxe a v neposlední řadě získat informace a postřehy přímo od praktických lékařů, kteří se často stávají odborníky prvního kontaktu v těchto existenciálně závažných situacích.

Text byl mezioborově zaměřen, obsahuje filosofická východiska, ale též poznatky a zkušenosti z oblasti pomáhajících profesí. Práce je kompilací mezioborových poznatků, možný přínos představuje hlavně aplikace teoreticky zpracovaného tématu krize v odborné literatuře do konkrétního kontextu. V rámci krize byly formulovány momenty, které jsou předpokladem pro využití výzev ke změně kvality života osob ohrožených domácím násilím. Rozsáhlá část práce byla věnována úloze lékaře ve vztahu k takto ohroženým osobám. Výstupy obhajované these a další podněty uvádím ve shrnutí práce.

Tento text vznikl několik let, některé kapitoly byly průběžně nahrazovány jinými, koncepce práce byla dvakrát zásadně změněna. Důvodem bylo především interdisciplinární zaměření tématu vyžadující pohledy z různých, často protilehlých stran, resp. až příliš široce formulované cíle. Během psaní jsem zohledňovala skutečnost, že se jej chystají číst lidé různorodého vzdělání a s různou motivací zabývat se tímto problémem. Proto jsem se snažila psát srozumitelně, avšak s rizikem, že bude text až příliš pedagogicky laděn. Výsledná podoba některých částí textu má kompromisní charakter, zároveň pro mne bylo důležité zachovat jejich autenticitu a počáteční smysl, který vycházel hlavně z otázek pracovníků pomáhajících profesí. Psaní práce bylo cennou zkušeností především pro mne samotnou, s nadsázkou by se dalo říci, že bylo provázeno drobnými tvůrčími (nikoli existenciálními) krizemi. Jsem si vědoma některých nedostatků, zároveň si dokáži dobře představit další využití této práce na mezioborové půdě. Hypoteticky lze uvažovat o příčinném vztahu mezi hlubším vzděláním v oblasti řešení krizových situací a nižším výskytem sociálně patologického jednání ve společnosti.

Z textu o krizi a domácím násilí postupně vytanulo téma, které nakonec pokládám za stěžejní vzhledem k hledání východiska z krize. Proto na závěr uvádím citát Gabriela Marcela: „Je-li pravda, že lidská zkouška se může donekonečna specifikovat a projevovat

se v bezpočtu forem, jaké zde na zemi na sebe bere životní omezení, vyhnanství či zajetí, je stejně tak jisté, že každý z nás se může symetricky, i když v obráceném smyslu, povznést svou vlastní cestou od těch nejprostších forem společenství, které zkušenost nabízí i těm nejubožejším, ke společenství daleko intimnějšímu a zároveň daleko širšímu, jehož tušením i emanací je pro nás naděje.“

Shrnutí

Období krize s sebou nese potenciál existenciálního tázání a hledání nových podnětů pro životní zrání. Pokud jsou tyto podněty využity, může dojít k metanoi a posléze ke změně životního smyslu provázeném katarzí. Krize je výzvou ke změně, to se týká především situací, kdy je ohroženo právo na důstojný život. Skrze otřesy stávajícího je člověk tázán, zda byly zvoleny v souladu s jeho autenticitou a svobodou.

Krize se týká člověka v jeho celistvosti, dotýká se jeho vztahů s okolím, se světem jako celkem. Dochází k sebeotevření a prověření dosavadních významů, k novému vnímání světa. Teprve po obětování „jistot“ může dojít ke změně mysli a k úlevnému znovuprožívání. Nejde jen o obětování forem, jak by se mohlo zdát, jde spíše o obsahy. Bylo by snadné obětovat věrnost ve jménu krize a oddávat se novému, neprobádanému. Podstatou krize je však spíše možnost prohlubování stávajícího, nacházení nových obsahů, aniž bychom zrazovali sliby. V kontextu mezilidských vztahů a vnímání Ty je krize situací, v níž se ukazují nové obsahy. Toto ukazování je provázeno bolestným pochybováním na hranici snesitelnosti, která nutí člověka k otázkám a rozhodnutím. Pokud je toto rozhodnutí pevné a provází jej přijetí plné zodpovědnosti, bývá počátkem východiska z krize. K prožívání v krizi patří beznaděj a úzkost. Tyto jevy mají svůj význam, činí ze situace mezní zážitek potřebný k tomu, aby mohlo dojít k přelomu. Otevírá prostor motivacím, které lze prožít pouze v nesnesitelnosti. Proč ale tak často dochází k neproměnění této šance a život se ubírá nepříznivým, nezvoleným směrem?

Člověk je bytostí nadanou schopností adaptace, překonáváním úzkosti, růstem. Jako symbol konečnosti ale existuje hranice, jejíž překročení není schopen zvládnout, reaguje nouzovými, maladaptivními mechanismy a vzdaluje se své svobodě. Tak, jako je člověk nadán zráním, je také omezen sklony k závislému jednání ve chvíli, kdy je vnímání zakaleno. Je lhostejné, zda obnoví svůj náhled a autonomii sám nebo se nechá „k počátku“ doprovodit druhými. V každém případě zde hrozí nebezpečí, že již nenalezne cestu a zůstane úrovní neautonomní, závislé „ne-osoby“.

U obětí partnerského domácího násilí je riziko „nenalezení se“ značné. V záblescích naděje sice může dojít k rozhodnutí ke změně, jen málokterí lidé s destruovanou sebeúctou však naleznou sílu své rozhodnutí realizovat. Syndrom připoutání postupně sílí, aniž by si to ohrožená osoba uvědomovala. „Začarovaný kruh“ je trefnou metaforou této situace, oběti často popisují, že ztrácely schopnost z něj vystoupit, ačkoli ve chvílích náhledu skutečně chtěly. Celý proces může být doprovázen „narušením integrity vědomí“,

tj. disociací, která je působena a prohlubována funkčními změnami mozku. Působí jako obranný mechanismus pro přežití, zároveň činí z oběti i násilníka neautonomní bytosti.

U ohrožených osob, v tomto případě ohrožených i násilných osob, mohou existovat další hrozby, pokud cyklus domácího násilí započal již v dětství. Jde o sníženou frustrační toleranci související s nedostatečným pocitem jistoty a bezpečí, s narušeným rozvojem autonomie. Zvýšená zranitelnost může pramenit ze situace, kdy dítě nemělo bezpečný prostor pro rozvinutí pozitivního sebepojetí a důvěry ke světu. Tzv. psychologickou připravenost nelze předpokládat tam, kde chyběla jistota smyslu, že svět je bezpečným místem. V tomto smyslu mohou mít týrané děti handicap. Ale i ohrožené osoby, které v dětství nikdy týrány nebyly, trpí narušeným vztahem ke světu, což se projevuje opakovaným „vytrháváním“ vlastní tělesnosti z celku světa a deziluzí v opětovném kontaktu s tímto celkem. Narušená sebeúcta, zkreslené vnímání skutečnosti a prožívání hlubokých pocitů viny jsou častými průvodními jevy všech osob ohrožených domácím násilím.

Oslabené mechanismy zvládání lze vyvážit salutogenními faktory, z nichž některé lze posilovat (např. svědomitost, vůli) nebo získat, vytvořit (sociální opora v podobě přátel, nové rodiny) i v průběhu dospělosti. Oběti domácího násilí jsou však „ne-mocné“, přestože hluboko v sobě nesou naději na uzdravení. Právě tato naděje může být počátkem jejich rozhodnutí, které spočívá v obětování starých jistot výměnou za obnovení důstojnosti a zvýšení kvality života. Ale handicap lidí, kteří se ocitaly v mezních situacích vinou nejbližšího člověka, je značný. Je nutno dosycovat naději na uzdravení a podporovat rozhodnutí ke změně. Východiskem z této specifické krize je nejen podpora žádoucích psychologických mechanismů, ale především probuzení duchovní, přesahující psychosociální determinanty.

Zůstává otázkou, zda je třeba patologický proces domácího násilí zastavit co nejdříve nebo jej nechat vyústit v krizi, aby mohlo dojít k pevnému rozhodnutí. Důvodů pro obojí je několik a odpověď je spíše podnětem pro další dialog. První variantu lze snadno zdůvodnit Kantovou naukou o nepoužití člověka jako prostředku. Jednalo by se o situaci, kdy situaci trpí děti. Zde obvykle bývá zákonnými prostředky krize vyvolána uměle, např. pomocí ohlašovací povinnosti. Jsem přesvědčena o tom, že urychlení této krize je z hlediska dětí nejlepším východiskem za předpokladu, že společnost disponuje nástroji a alternativami, které jsou voleny kvalifikovanými odborníky. Jedním z nejzávažnějších morálních dilemat v pomáhajících profesích je situace, která vyžaduje volbu, zda odebrat nebo neodebrat dítě z rodiny. Paušální řešení skrývá riziko ztráty naděje pro všechny členy rodiny. Podobně je

tomu u odhalené násilí na osobách s mentálním nebo jiným handicapem. Tyto situace je třeba řešit individuálně, s citlivostí a ve spolupráci s těmi, kdo se dnes kvalitě života těchto osob s maximální erudicí věnují. Myšlenku včasného zastavení patologického procesu lze podpořit také tím, že sílící viktimizace zúčastněných snižuje jejich rozhodovací schopnosti, oslabuje autonomii. Druhá varianta – vyčkání na krizi (na bytostně prožívaný zlom) může přinášet své plody, ale nikdy nelze přesně analyzovat faktory, které ovlivňují zdárné zvládnutí krize nebo naopak. Hrozí významné riziko „pádu“ z důvodu mnohých změn v psychice a v neuronální oblasti, trvající neschopnost rozhodnout v krizi. Proto se doporučuje pokusit se včas zastavit patologický proces a autonomii posílit co možná nejdříve. Každý takový pokus může být počátkem zdárného řešení, ačkoli se v praxi často stává, že ohrožená osoba aktuálně nabídnutých informací nevyužije.

Pokud se např. jedná o partnerský vztah, kdy si oba partneři vzájemně vyhovují v bolestné ne-autenticitě, jakýkoli zásah zvenci se mine účinkem, pokud je zde absence pevného rozhodnutí ohrožené osoby. To se bohužel týká i týraných seniorů. Je-li pro ně přítomnost zneužívajících partnerů, dětí a vnuků cennější, nežli důstojnost jejich, často pomalu dohasínajícího života, tuto volbu žádný pomáhající nezvrátí, jakkoli je její autonomie pochybná. Jedná se o situace, kdy byl zaujat postoj „snášení utrpení i za cenu vlastní důstojnosti“ a je možné, že tento postoj je výsledkem již proběhlé krize týraného. Kvalita života je vždy hodnocena subjektivně, v tomto smyslu nelze, než ji respektovat.

Týraná osoba, která není se svou kvalitou života spokojena a jeví známky „prvních kroků“ v této věci, si však zaslouhuje maximální podporu a přístup k jejímu zdraví jako k celku. Duševní i fyziologické mechanismy znemožňují toto rozhodnutí dlouhodobě udržet tak, aby mohlo být učiněno „vystoupení z kruhu“. Situaci lze připodobnit k závislosti na návykových látkách, kdy je nejprve nutno provést detoxifikaci za plné podpory mezioborového týmu. Teprve potom lze upevňovat další postoje a zvyšovat pacientovu soběstačnost. Je třeba upevnit „sebeotevření“ novým možnostem a životnímu smyslu a chápat, že ohrožená osoba potřebuje kvalifikované doprovázení.

V tomto smyslu je zcela nezastupitelná úloha toho pomáhajícího profesionála, s nímž se potřebný člověk setká jako první. Naděje ve zdárné řešení je v těchto situacích křehká, reakce a jednání pomáhajícího prvního kontaktu může být do značné míry určující. Pokud se nejedná o situaci akutní psychické krize, kdy je povinen poskytnout „první pomoc“ každý, otevírá se zde „pouze“ počáteční prostor pro řešení. Nejde o poskytování psychoterapie ani azylu. Je zde ale možnost využít potenciálu, kterým z hlediska důvěryhodnosti lékaři stále disponují a tak mohou ohrožené osoby motivovat k telefonátu

nebo návštěvě specializovaných nízkoprahových služeb. Tento počin se může jevit, vzhledem k jinak velmi složitým lékařským úkonům, jako triviální. Ve složitosti domácího násilí však bývají právě jednoduchá, přehledná a dostupná řešení nejvíce motivující.

Schopnost účelné pomoci v existenciálně závažné situaci není jen otázkou přirozené inteligence či schopnosti projevit empatický zájem. Jedná se o širší škálu odborných znalostí a dovedností, které je třeba získat v průběhu pregraduálního či celoživotního vzdělávání lékaře. Přitom se nejedná o vysoce odborné psychologické vzdělání, ale spíše o nácvik vedení rozhovoru s pacientem a o vytváření příznivého léčebného klimatu. Zmíněné faktory byly řadu let nedoceňovány, v moderním medicínském myšlení se však dostávají do popředí jako důležitý terapeutický nástroj. Dokladem toho je vznik tzv. Maastrichtského přístupu k pacientovi, který je vyučován na některých lékařských fakultách v zahraničí i v České republice.

Na všech lékařských fakultách v ČR probíhá povinná výuka lékařské etiky, která se dotýká mnoha důležitých témat včetně vztahu a komunikace lékaře s pacientem. Kvalita a obsah výuky se odvíjí od časové dotace, motivace studentů a schopnosti vyučujících zaujmout. Obecně je patrné, že se výuka na lékařských fakultách snaží reagovat na signály společnosti a „slepá místa“ ve výuce jsou postupně zacelována i v oblasti duševní hygieny a sebepoznání budoucích lékařů, kteří patří k ohroženým skupinám z hlediska ohrožení syndromem vyhoření, závislosti na návykových látkách a suicidiálních tendencí.

Na IX. sympoziu lékařských fakult ČR byly sděleny takové aktivity v rámci výuky budoucích lékařů, které se dotýkají zdraví jako celku. Např. na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně probíhá nově zařazený povinný předmět věnovaný komunikaci s pacienty a sebezkušenosti. Tento kurz v rozsahu třiceti hodin za semestr byl otevřen také na základě poptávky ze strany studentů. Chystá se také sebezkušenostní výcvik vedený asistenty s psychoterapeutickou atestací. Cílem je sebepoznání, zvládání vlastních prožitků a osvojení základů podpůrné psychoterapie pro pacienty. Na 1. lékařské fakultě je hlavně v rámci povinně volitelných kurzů možnost seznámení s problematikou krize a posttraumatické stresové reakce, s technikami krizové intervence a s metodami péče o duševní zdraví pomocí supervize. Lze předpokládat, že se v podobném duchu připravuje výuka na všech lékařských fakultách v ČR. Významným přínosem by bylo rozšíření takových sebezkušenostních aktivit, které by směřovaly k nácviku komunikace, posilovaly by schopnost efektivně využívat interdisciplinární spolupráce zvládat zátěžové situace a krize. Jednou z nich je zvládání přenosu a protipřenosu a vyhýbání se možným iatropatogenním důsledkům. Vyvažování principů lékařské etiky, formulace

informovaného souhlasu a efektivní využívání paternalistických prvků léčby v odůvodněných případech by mělo být součástí profesní přípravy na lékařských fakultách.

Následující údaje byly zjištěny během studijní návštěvy na univerzitách v Eichstättu, Regensburgu a Mnichově. V rámci lékařských fakult jsou zde zřizována interdisciplinární centra, která jsou přímo propojena s výukou mediků (např. Interdisziplinäres Centrum für Palliativmedizin na lékařské fakultě v Mnichově). Na lékařské fakultě v Regensburgu existuje obor Humanmedizin, kde se vyučují předměty jako Psychosomatická medicína a psychoterapie (intenzivně týden, následuje dvou týdenní praktický seminář) nebo Lékařská péče o seniory (přednáška dvakrát týdně po dobu přibližně tří měsíců). Do výuky jsou zařazeny přednášky k tématu bio-psycho-sociální péče o člověka, univerzita se také nebrání zavádění poznatků o psychosomatických vlivech na zdraví člověka. Běžnými jsou přednášky ze sociální psychologie i etiky. Ke vzdělání lékaře patří dvacet výukových hodin psychosomatiky, třicet hodin aktivně strávených v sebezkušenostní skupině a dalších třicet hodin nácviku verbálních intervenčních technik. Další časová dotace je věnována upevňování získaných znalostí a dovedností. Pro studenty jsou organizovány supervizní balintovské skupiny, které se v naší zemi bohužel staly pouze nedílnou součástí péče o duševní zdraví psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků. Tyto skupiny však byly původně vytvořeny pro lékaře. V rámci ČLS JEP existuje Balintovská sekce, která je pokusem tuto myšlenku znovu oživit.

Podnětem pro praxi zůstává otázka, jak uvést ve znalost precizně připravenou metodiku pro odborníky prvního kontaktu v rámci eliminace domácího násilí. Mezinárodní úmluvy, věstníky ministerstev a etické kodexy jsou důležitými symboly vůle společnosti eliminovat násilí. Změnu myšlení však nezaručí. Počátkem této změny může být jediné péče o duši v podobě kvalitního vzdělání v původním smyslu slova „paideia“, a to na úrovni primárního, sekundárního i terciárního vzdělávání. Jak vytvořit podmínky pro to, aby se dlouholetí lékaři i pedagogové celoživotně vzdělávali? Jak vyváženě koncipovat obsah vzdělávání tak, aby vedle předávání informací zbýval prostor na kultivaci osobnosti a setkání nejen účelová? Jak se vyvarovat pouhé formální, zákonem diktované účasti frekventantů na seminářích a bodově ohodnocených přednáškách?

Výsledky předloženého šetření jsou překvapivé nejen tím, že vykazují jistou dávku neznalosti a bezmoci lékařů v situacích, kdy by se setkali s osobou v krizi. Pozitivním a důležitějším zjištěním byla chuť a vůle dotazovaných chybějící informace načerpat, potřeba pracovat interdisciplinárně a motivace vnímat pacienta holisticky. Tato zjištění mohou být výzvou pro všechny, kteří se vzděláváním zabývají, ať už systémově nebo

přímo v kontaktu se studenty. Stávající aktivity specializovaných zařízení na ochranu před domácím násilím a jejich spolupráce se vzdělávacími institucemi symbolizují výzvy proměněné ve skutek. Domácího násilí je jednou problematik, k nimž lze předat informace poměrně snadno. Bohužel ale nejde jen o předání písemných pokynů, které mohou být v praxi degradovány na reklamní leták. Je nutné probudit zájem a potřebu podobné informace znát, protože je to důležité pro zdraví pacienta a pro jeho naději žít plnohodnotně. Smysl a kvalita života, smysl krize, naděje, důstojnost a lidská práva jsou témata, která by měla být v rámci výuky etiky nejen přednášena, ale též diskutována a prožívána. Pokyny k řešení konkrétních sociálně patologických jevů v lékařské ordinaci se tak stanou pouze appendixem, nikoli podstatou etického smýšlení lékaře.

Zhodnocení these:

Těžištěm úspěšného zvládnutí krize je obnovení ohniska naděje, které je u osob ohrožených domácím násilím podporováno především pomáhajícími prvního kontaktu, tedy i lékaři.

1. Lidé vnímají výzvy krize zcela individuálně, mnozí jich nikdy nevyužijí.
2. Přesto je etickou povinností profesionálních pomáhajících obecně posilovat naději v krizi. Míra této naděje je důležitější, nežli objektivní závažnost krizové situace.
3. Akutní psychická krize vyžaduje specifický přístup – např. krizovou intervenci, která umožní znovu navázat s krizí kontakt.
4. Hledání nového smyslu života vyžaduje čas, tento smysl nelze okamžitě „vyrobit“.
5. Smysl života je úzce spjat s mezilidskými vztahy, vychází z roviny já-Ty.
6. Pokud je lékař odborníkem prvního kontaktu v kontextu domácího násilí, je eticky relevantní jednat se zvláštním zřetelem k principu beneficence a non-maleficence. Toto jednání předpokládá znalost elementárních možností řešení domácího násilí.
7. Citlivé jednání lékaře v situaci emočního diskomfortu pacienta může být živnou půdou vzniku přenosu a protipřenosu. Reflektovat hranice profesionálního pomáhání je úkolem lékaře, v opačném případě hrozí iatropatogenní důsledky.
8. Prioritní podmínkou zvládnutí krize je rozhodnutí ohrožené osoby, to se však netýká osob se sníženou kompetencí, které vyžadují zvláštní ochranu nejen ze strany lékařů.
9. Bolest a utrpení, z nichž lze obecně v krizi těžit, musí být v situaci domácího násilí odlišeno od důsledků zneužívání ohrožené osoby, jakkoli tato utrpení přijímá.
10. Duchovní (posttraumatický) rozvoj lze očekávat především v krizích extatických, které přesahují hranice individuálních potřeb a směřují ke smyslu bytí.

Summary

Crisis as a Challenge to the Change of Quality of Life

(in the Context of the Doctor's Relation to a Patient Threatened by Domestic Violence)

Thesis statement:

The fundamental prerequisite for effective coping with a crisis consists in restoring the element of hope in the person threatened by domestic violence – a procedure that can be substantially facilitated by helping professionals at the first contact, who might be also doctors.

Crisis represents an existentially important part of human life. Its dynamic potential is reflected not only in philosophical thought, but also in helping professions. In theory, the topic is well elaborated, including coping. The aim of this paper is to apply the theme of crisis to a specific context, to formulate important moments of coping with a crisis in that particular context, and, eventually, to evaluate its general validity. Domestic violence is a highly topical social theme and an excellent example from which to demonstrate a crisis. A human being as a “zoon politikon” cannot be torn away from his/her social environment. If a crisis arises, its origin and solution can be traced back to events inside the family. Crisis considered in the context of domestic violence tends to be a crisis of dignity, self-esteem, and the quality of life.

The paper is divided into four parts. The first part contains the formulation of the defended thesis and the particular goals. The second part defines the basic terms and outlines the present state of scientific knowledge, i.e. etymology of crisis and the determiners of coping with it, domestic violence as a transgenerational cycle of pathologic behavior, the definition of sense and quality of life, the principles of medical ethics, and the principles of holistic thought in relation to the perception of human health.

The third part of the paper is the focal point of the entire work, since it states the reasons for the presented thesis. Crisis is described here as a challenge to search for a new sense of life. The starting point for such a search is represented by selected philosophical ideas and accompanied by practical experience from psychotherapeutic practice. A special emphasis

has been placed on formulating the milestones that represent the top priority for finding a way out of a crisis. The presence of hope in thinking and living within a person is absolutely consequential, and not only in tragic situations (e.g. loss of a beloved person, living in a concentration camp, a serious disease). At the same time, such hope is not focused on a specific point in the future, but rather represents “openness to the world” according to Jan Patočka, or “penetration through time” according to Gabriel Marcel. It is exactly these limiting situations that offer the opportunity of contact with the depths of being by the means of suffering and pain. Nevertheless, it is necessary to bear in mind that relevant insight cannot be obtained through a situation of acute psychic crisis, which requires professional intervention. The main focus of crisis intervention is to decrease destructive anxiety and to help the affected person approach the crisis consciously and respond to its challenges. A crisis that has been successfully overcome then predicates the so-called posttraumatic development, which is the opposite of posttraumatic stress disorder. The evidence of the fact that posttraumatic stress development exists in everyday life can be found in some of the presented casuistics.

The paper also mentions the etymology of the term “health” and the historical roots of holistic approaches to health. An important contribution to understanding health as a whole was made by the phenomenology of corporality. The representatives of this school of thought warn against the reduction of a human being to mere “soma” and “sarx”. They also motivate people to return to the “depths of being”, which can be achieved even through pain. In contemporary medicine, one can observe the tendency towards seeing a human being in their integrity (e.g. growing interdisciplinary cooperation, development of spiritual care in hospitals).

Health care is the particular field in which one can increasingly come across existentially serious situations and crises. The doctor is perhaps the only helping professional whose role has not been destructed by prejudice and stigmatization. In the case of domestic violence, the doctor is perhaps the only authority to which the patient confides. Eventual investigations into domestic violence are frequently complicated by lack of evidence. Therefore, medical documentation can be very helpful.

Apart from the legal side, there are also psychological and ethical sides to the question. In the case of a crisis, an individual threatened by domestic violence decides by him/herself if they will remain inside the “vicious circle”, or if they will try to “get out” of it. An autonomous decision is a necessary presumption for achieving a change. However, if we take the victims of violence between partners as an example, there is a specific need to

support their decision as part of the surrounding society. A victim can frequently suffer from the attachment or dissociation syndrome. Either of these states can disallow the persistence of hope or openness to a solution. In the majority of cases, such dependence can be “cut” only with the active help of other people, plus the timely reinforcement of the autonomous decision. At this point, one might ask why the professionals are so important, or why the help of the family of the threatened person is not enough. The practice shows that, unfortunately, the family gives up any attempt at helping, since they subconsciously avoid problematic contact with the victim and eventual disappointment. The role of the family is most important at the time when the threatened person returns from a place of protective lodging and needs practical help.

During a crisis and the decision making process that accompanies it, a trustworthy professional is likely to be the person who plays the substantial role, since they can offer appropriate contacts and tell the victim that the situation has a way out. As we mentioned above, such a person is a doctor who should act in accordance with the principles of “non-maleficence” and “beneficence” with an attitude that can raise the hope of the victim. However, we must consider that the victim’s decision and awareness of the loss of his/her current certainties is the fundamental presumption for finding a solution. The doctor also plays an ethically important role in situations when the patients’ competencies are reduced (e.g. children, mentally affected people, old-age pensioners). The most important role of the doctor is not that of a specialist; his/her role is rather to provide the accessible means of help (detection, information, evidence, encouragement). In this aspect, the doctor’s role is irreplaceable.

The fourth part of the paper deals with the consequences, impacts, and suggestions for professional practice. At present, the tendency towards the refusal of all forms of domestic violence and discrimination can be seen in society (i.e. international declarations, activities done by the state and specialized organizations). Specific propositions and manuals for doctors have been issued and are available free of charge. However, the realized survey points out some problems that concern the education of doctors and care of their psyche. Crisis, considered in the context of domestic violence, can be seen as a challenge to the change of the quality of life only on certain conditions.

Evaluation in reference to the thesis:

1. Although people perceive the challenges of a crisis individually, many of them never take advantage of it.
2. In spite of this fact, ethics generally obliges helping professionals to raise the hope of the victim in a crisis. The degree of such hope is more important than the objective seriousness of the critical situation.
3. An acute psychical crisis requires a specific approach – e.g. a crisis intervention that enables the person to reconnect with the crisis.
4. Searching for a new sense of life requires time; such a sense cannot be “made” instantly.
5. The sense of life is tightly connected with interpersonal relationships; it is based on the “me-You” relationship.
6. If the doctor is the first-contact specialist in the context of domestic violence, it is ethically relevant for him/her to act with a special regard to the principles of beneficence and non-maleficence. Such an approach requires the knowledge of the elementary options of solving domestic violence, plus the ability to master the mechanisms of transmission.
7. The priority presumption for coping with such a crisis is the victim’s decision. However, this does not apply to people with reduced competencies, who require particular protection, not only on the part of the doctors.
8. Spiritual (posttraumatic) development can be expected, especially in the cases of ecstatic crises, which transcend the borders of individual needs and point to the sense of being.

The implementation of the stated ideas into professional practice cannot be guaranteed by the mere formulation of ethical codexes and issuing methodic instructions for doctors. More relevant is a qualified professional training of the people working in helping professions, that is, an education in the original sense of “paideia”.

Seznam použitých zdrojů

- BALINT, M. *Lékař, pacient a jeho nemoc*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-734-6.
- BAŠTECKÁ B., GOLDMANN. P. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th.ed. Oxford, New York: Oxford University press, 1994. ISBN 92-1-154098-4.
- BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Triton, s. 23–31.
- BENDLOVÁ, P. *Stručný filosofický slovník*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1966.
- BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání dětí v rodinách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-629-3.
- BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-932-2.
- BERTRAM, G. W., LIPTOW, J. *Holismus in der Philosophie. Ein zentrales Motiv der Gegenwartsphilosophie*. Vyd. 1. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2002. ISBN 3-934730-52-3.
- BINSTOCK, R. H., GEORGIE, L. K. *Handbook of aging and the social sciences*. 1th.ed. London: Academic Press Limited, 1996.
- BOB, P. *Disociativní tendence psyché*. Praha: Fakulta sociálních studií UK v Praze, 2002. Disertační práce.
- BOSS, M. *Praxis der Psychosomatik: Krankheit und Lebensschicksal*. Vyd. 1. Bern: Benteli, 1978. ISBN 3-7165-0244-8.
- BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. *Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006. ISBN 90-7254-914-6.
- BUSKOTTE, A. *Zpekla ven – žena v domácím násilí*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1786-6.
- BUYTENDIJK, F. J. J. Osobní odpověď na bolest. In *Bolest a naděje*. Němec, J.(ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 217–235.
- CAPLAN, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1961.
- CAPLAN, G. *Duševné zdravie v rodine a spoločnosti*. Vyd. 1. Bratislava: SAV, 1970.

- ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 1998. ISBN 80-85765-70-5.
- ČÁLEK, O. Tělesnost a psychosomatika z hlediska daseinsanalýzy. In *Psychosomatický přístup k člověku*. Růžička, J. (ed.). Praha: Triton, 2006, s. 89–107.
- ČÁP, J. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Vyd. 1. Příbram: ISV, 1996. ISBN 80-85866-15-3.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Vyd. 3. Praha: Eurounion, 2000. ISBN 80-7178-475-3.
- ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
- DANZER, G. *Psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.
- DOSTOJEVSKIJ, F. M. *Něžná*. Vyd. 2. Praha: Volvox Globator, 1999. ISBN 80-7207-232-3.
- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Avicenum, Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- DUŠKOVÁ, Z. a kol. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003*. Praha: DKC, 2004. ISBN 80-85989-91-3.
- ENTRALGO, L. P. *Nemoc a hřích*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1995. ISBN 80-7021-128-8.
- ERIKSON, E. *Identität und Lebenszyklus*. Auf. 2. Frankfurt a. M.: Drei Aufsätze, 1973.
- FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor*. Vyd. 5. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-095-9.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-088-6.
- FROMM, E. *Psychoanalýza a náboženství*. Vyd. 1. Praha: Aurora, 2003. ISBN 80-901549-05.
- GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. a kol. *Podoby násilí v rodině*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.
- GEBSATTEL, V. E. Pomoc v nouzi. O podstatě duševní pomoci. In *Bolest a naděje. Deset esejů o osobním zrání*. Němec, J. (ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 34–63.
- GOLAN, N. *Crisis Theory*. In *Social Work Treatment*. Turner, F. J. (ed.). London: Collier Macmillan Publisher, 1979. s. 500–512.
- GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Vyd. 1. Praha: Melantrich, 1995. ISBN 80-7023-208-0.

- GRODDECK, G. *Krankheit als Symbol*. Auf. 1. Frankfurt am Main: F. T. Verlag, 1988.
- HALDANE, J. B. S. *Fact and Faith*. London: London, Watts & Co., 1934.
- HALÍK, T. *Stromu zbývá naděje. Krize jako šance*. Vyd. 1. Praha: Lidové noviny, 2009, ISBN 978-80-7106-989-8.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Vyd. 1. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-901263-0-7.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HERMANN, J. L. *Trauma a uzdravení*. Vyd. 1. Bratislava: Aspekt, Pro Familie, 2001. ISBN: 80-85549-24-7.
- HODAČOVÁ, L. *Možek, emoce a spokojený život*. *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 1, s. 49. ISSN 1212-9607.
- HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.
- HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1967.
- HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1972.
- CHARDIN, P. T. Smysl a pozitivní hodnota utrpení. In *Bolest a naděje. Deset esejů o osobním zrání*. Němec, J. (ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 252–255. ISBN 80-7021-056-7.
- CHROMÝ, K. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
- IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. Vyd. 2. Olomouc: UPOL, 2004. ISBN 80-244-0892-9.
- IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*. Auf. 8. Berlin, Springer, 1965.
- JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2008. ISBN 978-80-200-1646-1.
- JASPERS, K. *Šifry transcedence*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-70-21-335-3.
- JETENSKÝ, A. Domácí násilí z hlediska policejní praxe. *Sociální práce*, 2006, roč. 6, s.107. ISSN 1214-6204.
- JÜNGER, E. *Chůze lesem*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH, 1994. ISBN 80-85241-68-4.
- KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

- KALVACH, Z. Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost, 1997, roč. 13, č. 6, s. 170–173. ISSN 0008-7335.
- KAPR, J. a kol. *Pacient – revoluce v poskytování péče*. Vyd. 1. Praha: SLON, 1998. ISBN 80-85850-49-4.
- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.
- KASTOVÁ, V. *Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten*. Auf. 3. Freiburg, Basel, Wien: Herder spektrum, 2005. ISBN 3-451-05402-7.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200.1307-5.
- KIERKEGAARD, S. *Bázeň a chvění. Nemoc k smrti*. Vyd. 1. Praha: Svoboda-Libertas, 1993. ISBN 80-205-0360-9.
- KIERKEGAARD, S. *Skutky lásky. Několik křesťanských úvah ve formě proslovů*. Vyd. 1. Brno: CDK, 2000. ISBN 80-85959-68-2.
- KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-324-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Filosofický slovník*. Vyd. 2. Olomouc: Olomouc, 1998. ISBN 80-7182-064-4.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Pojem krize v dnešním myšlení*. Praha: Filosofický ústav ČSAV, 1992.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
- KOUBA, P. *Krize jako katastrofická situace* (přednáška na 13. symposiu o lékařské etice – Etika a krize). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL 1. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 2. 6. 2005.
- KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu. Eseje o dětech a rodičích*. Vyd. 1. Praha: 2008. ISBN 978-80-246-1496-0.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů*. Přepřac. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Živost s deprivanty I. Zlo na každý den*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-088-6.
- KOVÁČ, D. Kultivace integrované osobnosti. *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 32–34. ISSN 1212-9607.

- KRAHULCOVÁ, B. Filosofické, etické a psychosociální aspekty sluchové deprivace. *Theologická revue*, 2006, roč. 77, č. 1-4, s. 394–420.
- KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Vyd. 1. Praha: UK v Praze – Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-094-3.
- KRATOCHVÍL, J. a kol. *Filosofický slovník*. Vyd. 4. Brno: Občanská tiskárna, 1937.
- KRATOCHVÍL, Z. *Prolínání světů*. Vyd. 2. Praha: Hermann a synové, 1991. ISBN 978-1-4020-9969-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KUNDERA, M. *Nesnesitelná lehkost bytí*. Vyd. 1. Praha: Atlantis, 2006. ISBN 80-7108-281-3,
- LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-7295-037-1.
- LÄNGLE, S., SULZ, M. *Žít svůj vlastní život*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-220-1.
- LONGINOTTO, K. *Nezlomné tety*. Jeden svět 09, 13. 3. 2009.
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9.
- MACKOVÁ, K. Posttraumatická stresová porucha ve vztahu k domácímu násilí. In *Domácí násilí na dětech, partnerech a seniorech*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2009, s. 50–59.
- MACH, J. *Medicína a právo*. Praha: C.H.Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.
- MACHAČ, M. a kol. *Duševní hygiena a prevence zátěže*. Praha: SPN, 1984.
- MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*. Vyd. 3. Praha: Jiří Tomáš – Akropolis, 2006. ISBN 80-7304-069-7.
- MACHOVEC, M. *Smysl lidského života*. Praha: Nakl. politické literatury, 1965.
- MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In *Etika pro sociální práci*. Fischer, O., Milfait, R. (eds.). Vyd. 1. Praha: Jabok, 2008, s. 155–166
- MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1971.
- MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie* 2009, roč. 53, č. 3
- MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9.

- MIKŠÍK, O. *Člověk a svízelné situace*. Praha: Naše vojsko, 1969.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístupy a metody v psychologickém výzkumu*. Dotisk 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 80-247-1362-4.
- MRKVIČKA, J. *Knížka o radosti*. Praha: Avicenum, 1984.
- NAZARE – AGA, I. *Láska a manipulace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-234-8.
- NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Vyd. 1. Praha: Moraviapress, 2001. ISBN 80-86181-45-6.
- NOVOTNÝ, O, ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie*. 3. přepracované vyd. Praha: ASPI Publishing, 2004. ISBN 978-80-7357-377-5.
- NULAND, S. *Lékařství v průběhu staletí*. Vyd. 1. Praha: Columbus, 1988. ISBN 80-85928-39-6.
- OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filosofických pojmů současnosti*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1266-4
- PALOUŠ, R. *Totalismus a holismus*. Vydání 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-281-8.
- PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacient a Michael Balint*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-491-8.
- PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping*. London: The Guilford Press, 1997.
- PATOČKA, J. *Evropa a doba poevropská*. Praha: Lidové noviny, 1992 . ISBN 80-7106-017-8.
- PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Academia, Praha: 1990. ISBN 80-200-0263-4.
- PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH a Archiv Jana Patočky, 1995. ISBN 80-85241-90-0.
- PAYNE, J. *Filosofie mezních situací. Dvě základní strategie zvládání krize* (přednáška na 17 symposiu o lékařské etice Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL 1. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.
- PAYNE, J. *Klinická etika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1992. ISBN 80-900904-2-7.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005.
- PAYNE, J. *Metanoia coby proměna mysli* (přednáška na 17. symposiu o lékařské etice – Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL 1. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.
- PAYNE, J. *Odkud zlo*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-500-0.

- PAYNE, J. Zdraví a celek lidské bytosti. In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne J. (ed.). Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-293-1.
- PELCOVÁ, N. *Filosofická a pedagogická antropologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0076-5.
- Písmo Svaté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad*. Praha: Česká biblická společnost, 1985. ISBN 80-85810-08-5.
- PINC, Z. *Fragmenty k filosofii výchovy*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH, 1999. ISBN 80-7298-004-1.
- PLATÓN. *Charmidés* (Novotného překlad). Vyd. 1. Praha: Vyd. J. Laichter, 1940.
- PLATÓN. *Zákony* (Novotného překlad). Vyd. 2. Praha: OIKOYMENH, 1997. ISBN 80-86005-31-3.
- PLÜGGE, H. O naději. In *Bolest a naděje. Deset esejů o osobním zrání*. Němec, J. (ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 238–251.
- PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. ISBN 10-80-7254-593-0.
- RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
- REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. Vyd. 1. Voznice: LEDA, 2001. ISBN 80-85927-85-3.
- RŮŽIČKA, J. *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-312-1.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-547-4.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.
- SOKOL, J. *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. Praha: Vyšehrad, 1998. ISBN 80-7021-253-5.
- STŘÍŽENEC, M. *Psychológia náboženstva*. Vyd. 1. Bratislava: Veda, 1996. ISBN 80-224-0475-6.
- ŠESTOV, L. *Kierkegaard a existenciální filosofie. (Výbor statí)*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH, 1997. ISBN 80-86005-44-5.
- ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.

- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999, roč. 43, č. 1.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Krize – psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
- THOM, R. Krize a katastrofa. In *Pojem krize v dnešním myšlení*. Vyd. 1. Praha: Filozofický ústav ČSAV, 1992.
- TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: UK, Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9500-2.
- TOURNIER, P. *Krankheit und Lebensprobleme*. Auf. 4. Basel: Benno Schwabe & Co. Verlag, 1944.
- TOURNIER, P. *Osoba a osobnost*. Praha: Návrat domů, 1998. ISBN 80-85495-78-3.
- VANÍČKOVÁ, E. a kol. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.
- VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0814-0.
- VARGOVÁ, B., VAVROŇOVÁ, M. *Od dobrého úmyslu k dobré spolupráci*. Vyd. 1. Praha: Linde, 2006. ISBN 80-247-0586-9.
- VAVROŇOVÁ, M. Sociologická sonda domácího násilí na ženách a dětech (děti – svědci domácího násilí). In *Domácí násilí na dětech, partnerech a seniorech*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2009, s. 38–43.
- VENTURA, V. Kulturně náboženské předporozumění zdraví a nemoci (křesťanský kontext). In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, s. 28–53.
- VENTURA, V. Terapeuti – Fijón Alexandrijský. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: Triton, 2005, s. 32–41.
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Vyd. 1. Praha: ProFem, 2004. ISBN 80-239-2106-1.
- VYHLÍDALOVÁ, P. Dvě tváře násilníka. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, s. 27. ISSN 1212-9607.
- VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

WEISS, P. *Sexuální zneužívání v dětství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0929-5.

WEIZSÄCKER, V. Čtyři přednášky o zásadách psychagogie se zřetelem k jejím biologickým a ontologickým základům. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.). Praha: 2003, s. 99–164.

WEIZSÄCKER VON, C. F. *Grundfragen Medizinischer Anthropologie*. Auf.1. Tübingen: Im Furche-Verlag, 1948.

WEIZSÄCKER VON, C. F. O krizi. In: *Pojem krize v dnešním myšlení*. Praha: Filozofický ústav ČSAV, 1992. ISBN 80-7007-034-X.

ŽÁK, S. Religiózní rozměr terapeutického vztahu. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (cd.). Praha: Triton, 2005, s. 43–49.

Elektronické zdroje:

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. © 2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavani.html>.

Deklarace OSN č. 40/34, o základních principech spravedlnosti pro oběti trestných činů a pro oběti zneužívání moci. [online]. © 2010, posl. aktualizace 12. 4. 2009 . [cit. 24. 4. 2009]. Dostupné z: <http://web.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2005/rovnost/rovnost5.pdf>.

MV ČR. *Efektivní veřejná správa*. [online]. c2010 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/default.aspx>.

MZ ČR. Věstník MZ ČR č. 3/2008 [online]. ©2008, posl. aktualizace 14.12.2008 [cit. 22.12.2008]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/363-vestnik-102005.html>.

MZ ČR. MKN 10. [online]. ©2008, posl. aktualizace 2. 12. 2009 [cit. dne 16. 12. 2009]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/881-mkn-10>.

MZ ČR. Věstník 6/2008. [online]. ©2008, posl. úpravy 10. 2. 2010 [cit. 2. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/833-vestnik-62008.html>.

MZ ČR. Věstník 3/2008. [online]. ©2008, posl. úpravy 10. 2. 2010 [cit. 2. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/617-vestnik-32008.html>.

Národní strategie prevence násilí na dětech [online]. c2008 [cit. 14. 2. 2010].

Dostupné z: <http://www.stopnasilinadetech.cz/pdf/narodnistrategie.pdf>.

Národní akční plán realizace Strategie prevence násilí na dětech [online]. c2009 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/strategie-prevence-nasili-na-detech>.

Portál veřejné správy České republiky. Trestní zákon [online]. c2010 [cit. 14. 2. 2010].
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/>.

Portál veřejné správy České republiky. Občanský soudní řád [online]. c2010
[cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/>.

Postavení soukromých nemocnic. Zpráva ze sociologického výzkumu. [online]. ©2006,
posl. aktualizace 26. 1. 2010. [cit. 27. 1. 2010]. Dostupné z:
<http://www.stem.cz/clanek/1072>.

Stručný výkladový slovník českých skeptiků. [online]. ©2006, posl. aktualizace 12. 6. 2009
[cit. 4. 7. 2009]. Dostupné z: <http://www.sysifos.cz/index.php?id=slovník&act>.

The International Network for the Prevention of Elder Abuse [online]. ©2009, posl.
aktualizace 1. 2. 2010, [cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.inpea.net/home.html>.

Úmluva o lidských právech a biomedicině. [online]. ©2010, posl. aktualizace 1. 3. 2010
[cit. 10. 3. 2009]. Dostupné z: http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm.

WHO. *Preamble to the Constitution of the World Health Organisation* [online].
[cit. 1. 10. 2009]. Dostupné z:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

World Health Organization. Landmark study on domestic violence. [online]. c2010
[cit. 14. 2. 2010]. Dostupné z:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/index.html>.

Zákon na ochranu před domácím násilím 135/2006 Sb. [online]. ©1996-2010, posl.
aktualizace 18.12.2009 [cit. 19. 12. 2009]. Dostupné z:
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06135&cd=76&typ=r>.

Seznam příloh

Příloha č. 1

Dotazník (pro praktické lékaře)

Příloha č. 2

Dotazník (pro pracovníky krizové intervence)

Dotazník (pro praktické lékaře)

Vážení, zdvořile vás žádám o spolupráci na této studii, jejíž cílem je zmapovat možnosti kooperace lékařů s pracovníky jiných odborných profesí, kteří participují při řešení těžké životní situace a krize člověka.

Dotazník je anonymní, pro jeho účelné vyhodnocení je třeba uvést několik základních klasifikačních údajů a zaslat jej nejpozději do 2. března 2007. Děkuji vám za spolupráci.
Mgr. T. Cimrmannová

1. Hovoříte v rámci řešení zdravotní situace pacienta o jeho situaci psychosociální?
a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nehovořím
2. Jak dlouho tento rozhovor obvykle trvá?
a) dle potřeby – snažím se pacientovi maximálně věnovat
b) v daných podmínkách se jedná o velmi krátký rozhovor
c) spíše se stává, že na toto téma nezbývá čas
d) není v mé kompetenci se tímto zabývat
3. Komunikujete v rámci řešení pacientova psychosociálního problému s pomáhajícími odlišných oborů?
a) velice často b) často c) někdy d) v naléhavém případě ano e) nekomunikuji
4. Jak často komunikujete s pracovníky následujících profesí ?

a) s jiným lékařem	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
b) s psychologem	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
c) s krizovým pracovníkem	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
d) se sociálním pracovníkem	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
e) se spec. pedagogem	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
f) s právníkem	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
g) s duchovním	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
s někým jiným:	
h) _____	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji
i) _____	a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

5. Uveďte, prosím, s kým byste potřeboval(a) jako lékař(ka) častěji komunikovat, ať už je skutečnost jakákoli:

6. Označte, prosím, zda jste v posledních třech letech navštívil(a) konferenci či seminář nebo jste přečetl(a) knihu, odborný článek k tématu:

Téma:	Konference	Seminář	Knih	Odborný článek
Medicína				
Péče o zdraví				
Právní problematika				
Syndrom CAN				
Domácí násilí				
Týrání seniorů				
Krize				
Spiritualita				
Něco jiného:				

7. Uveďte, prosím, přibližné názvy a autory knih, které jste označil(a) a bezprostředně se nevází k vašemu oboru:

8. Pokud se jednalo o články, které se bezprostředně netýkaly vašeho oboru, uveďte, v jakých odborných periodikách byly uvedeny:

9. Pokud ošetřujete pacientovy rány (modřiny, popáleniny), ptáte se na příčiny jejich vzniku?

a) vždy b) většinou c) někdy d) zřídka e) ne, je to pacientova soukromá věc

10. Pokud k vám pacient opakovaně přichází s prosbou o ošetření zraněných míst na těle a tvrdí, že upadl na schodech, ve vaně, na hřišti apod., spokojíte se s touto odpovědí?

- a) ano, situace ve zdravotnictví mi jiné možnosti neposkytuje
- b) snažím se získat pravdivé informace, ale pokud to nejde, nedá se nic dělat
- c) tomuto pacientovi věnuji čas, opakovaně s ním vedu rozhovor a zvu jej na prohlídky
- d) rozhodně ne, hovořím s ním tak dlouho, dokud neřekne pravdu
- e) jiná odpověď:

11. Uveďte, které z postupů užíváte, pokud je váš pacient v psychicky vypjaté situaci (můžete označit více variant):

- | | |
|--|-------------------------------------|
| a) ošetřím jej, mým úkolem je pečovat o jeho zdraví | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| b) zeptám se ho, co se mu stalo | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| c) zeptám se, co se stalo a zavolám jiným specialistům | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| d) dám jasně najevo, že mu věnuji určitý čas a vyzvu jej, aby mi situaci přiblížil | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| e) naslouchám mu a kladu objasňující otázky | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| f) naslouchám mu a nechávám jej volně vyjádřit emoce | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| g) jeho emoce zrcadlím | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| h) pracuji s dechem pacienta | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| i) snažím se naladit na rytmus pacientova dechu | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| j) používám techniku obnovení tělového centra | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| k) snažím se nahlas zhodnotit (diagnostikovat) situaci | a) vždy b) často c) zřídka d) nikdy |
| l) jiný přístup : _____ | a) vždy b) často c) zřídka |
| _____ | a) vždy b) často c) zřídka |

12. Využíváte kontaktů na organizace specializované na pomoc v následujících situacích ?

- | | |
|--|---|
| a) pomoc obětem domácího násilí | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| b) pomoc týraným dětem | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| c) pomoc týraným seniorům | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| d) krizová zařízení | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| e) pomoc se závislostmi (alkohol, drogy) | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |

13. Uveďte, prosím, jaká konkrétní zařízení to jsou (dle jednotlivých problematik):

- a) domácí násilí : _____
- b) syndrom CAN: _____
- c) týrání seniorů: _____
- d) závislosti: _____

14. Dostaly se Vám do rukou informační materiály nebo literatura o tom, jak se chovat v podobných situacích ? ano / ne

15. Kterých témat se informační materiály (literatura) týkaly? _____

16. Kolik času jste měl(a) na studium těchto materiálů?

- a) příliš ne, musel (a) jsem řešit důležitější záležitosti
- b) stačil (a) jsem je prolistovat
- c) času bylo málo, ale věnoval (a) jsem ho dostatek, je to nutné
- d) materiály jsem studoval (a) podrobně, systematicky se snažím dané zásady poznat a uvádět do praxe

17. Nakolik je pro vás důležité reflektovat svou osobní profesní činnost ?

- a) provádím pravidelnou sebereflexi, bilancuji a hodnotím své profesní počiny
- b) provádím sebereflexi a taktéž reflektuji svou práci s kolegy, rodinou, přáteli
- c) provádím sebereflexi a zároveň se pravidelně účastním odborné supervize
- d) na nic podobného v mé profesi skutečně nezbývá čas

18. Z čeho pramení pocit uspokojení z vaší profese, čím měříte její smysluplnost?
Jednotlivé položky označte na škále 1 – 5 (1 = nejméně důležité).

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a) finanční ohodnocení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) prestiž mé profese | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) možnost neustále se vyvíjet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) možnost pracovat kreativně | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) obohacující setkání s pacienty | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) obohacující setkání s kolegy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) pocit, že jsem pacientovi dal(a) maximum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) pacientovo úplné uzdravení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) možnost dělat „dobré věci“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j) sebepoznání | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k) něco jiného: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Tabulka klasifikačních údajů:

Pohlaví	
Věk	
Délka praxe v oblasti praktického lékařství	
Pracuji jako:	a) dětský a dorostový praktický lékař b) praktický lékař pro dospělé
Sídlo pracoviště	

Děkuji za váš čas. V případě, že máte zájem o zaslání výsledků šetření, kontaktujte mne na níže uvedené adrese. Přeji vám mnoho úspěchů ve vašem náročném povolání.
Mgr. Tereza Cimrmannová (TerezaCimrmanova@email.cz)

Dotazník (pro pracovníky krizové intervence)

Vážení, zdvořile vás žádám o spolupráci na této studii, jejíž cílem je zmapovat možnosti kooperace lékařů s pracovníky jiných odborných profesí, kteří participují při řešení těžké životní situace a krize člověka.

Dotazník je anonymní, pro jeho účelné vyhodnocení je třeba uvést několik základních klasifikačních údajů a zaslat jej nejpozději do 10. dubna 2007. Děkuji vám za spolupráci.
Mgr. T. Cimrmannová

1. Hovoříte v rámci řešení krizové situace člověka o jeho zdravotním stavu?

a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nehovořím

2. Komunikujete v rámci řešení krizového stavu klienta s pomáhajícími dalšími oborů?
(s nespecialisty na problematiku krize)?

a) velice často b) často c) někdy d) v naléhavém případě ano e) nekomunikuji

3. Jak často pracovně komunikujete s pracovníky následujících profesí?

a) s obvodním lékařem a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

b) s jiným lékařem a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

c) s psychologem a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

d) se spec. pedagogem a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

e) se sociálním pracovníkem a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

f) s právníkem a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

g) s duchovním a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

s někým jiným:

h) _____ a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

i) _____ a) zásadně ano b) často c) někdy d) zřídka e) nekomunikuji

4. Uveďte, prosím, se kterými profesemi byste jako krizový pracovník potřeboval(a)
častěji komunikovat, ať už je skutečnost jakákoli:

5. Označte, prosím, zda jste v posledních třech letech navštívil(a) konferenci či seminář nebo jste přečetl(a) knihu, odborný článek k tématu:

Téma:	Konference	Seminář	Kniha	Odborný článek
Krize				
Domácí násilí				
Syndrom CAN				
Týrání seniorů				
Péče o zdraví				
Medicína				
Spiritualita				
Právní problematika				
Něco jiného:				

6. Uveďte, prosím, přibližné názvy a autory knih, které jste označil(a) a bezprostředně se nevazí k vašemu oboru:

7. Pokud se jednalo o články, které se bezprostředně netýkaly vašeho oboru, uveďte, v jakých odborných časopisech byly uvedeny:

8. Využíváte pracovních kontaktů na specializovaná zařízení tohoto typu ?

- | | |
|--|---|
| f) pomoc obětem domácího násilí | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| g) pomoc týraným dětem | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| h) pomoc týraným seniorům | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| i) pomoc se závislostmi (alkohol, drogy) | a) často b) někdy c) zřídka d) nebylo třeba |
| e) jiný typ sociálně patologického jevu: | _____ |
| | a) často b) někdy c) zřídka |

9. Uveďte, prosím, jaká konkrétní zařízení to jsou (dle jednotlivých problematik) :

- d) domácí násilí : _____
- e) syndrom CAN: _____
- f) týrání seniorů: _____
- d) závislosti: _____

10. Dostaly se vám do rukou informační materiály nebo literatura o tom, jak se chovat v podobných situacích ? ano / ne

11. Kterých témat se týkaly _____

12. Kolik času jste měl (a) na to uvedené materiály studovat ?

- e) příliš ne, musel (a) jsem řešit důležitější záležitosti
- f) stačil (a) jsem je prolistovat
- g) času bylo málo, ale věnoval (a) jsem ho dostatek, je to nutné
- h) materiály jsem studoval (a) podrobně, systematicky se snažím dané zásady poznat a uvádět do praxe

13. Nakolik je pro vás důležité reflektovat svou osobní profesní činnost ? (Můžete označit více variant):

- e) provádím pravidelnou sebereflexi, bilancuji a hodnotím své profesní počiny
- f) provádím sebereflexi a taktéž reflektuji svou práci s kolegy, rodinou, přáteli
- g) provádím sebereflexi a zároveň se pravidelně účastním odborné supervize
- h) na nic podobného v mé profesi skutečně nezbývá čas

14. Z čeho pramení pocit uspokojení z vaší profese, čím měříte její smysluplnost?
Jednotlivé položky označte na škále 1 – 5 (1 = nejméně důležité).

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| l) finanční ohodnocení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| m) prestiž mé profese | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| n) možnost neustále se vyvíjet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o) možnost pracovat kreativně | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| p) obohacující setkání s klienty | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| q) obohacující setkání s kolegy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| r) pocit, že jsem klientovi dal(a) maximum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s) klientovo úplné „uzdravení“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| t) možnost dělat „dobré věci“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| u) sebepoznání | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| v) něco jiného: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Tabulka klasifikačních údajů:

Pohlaví	
Věk	
Délka praxe v oblasti krizové intervence	
Typ pracoviště (např. krizové centrum pro děti)	
Sídlo pracoviště	

Děkuji za váš čas. V případě, že máte zájem o zaslání výsledků výzkumu, kontaktujte mne na níže uvedené adrese. Přeji vám mnoho úspěchů ve vašem náročném povolání.

Mgr. T. Cimrmannová (TerezaCimrmanova@email.cz)

TerezaCimrmanova@email.cz